МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГБОУ ВПО «ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

АВАНЕСЯН
Рузанна Артуровна

МЕДИЦИНСКИЕ РИСКИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ И СОЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

14.02.05 – Социология медицины

Диссертация
на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Научные консультанты –
доктор медицинских наук,
профессор
СИРАК
Сергей Владимирович
Заслуженный деятель науки РФ,
доктор философских наук,
доктор юридических наук,
профессор
СЕДОВА
Наталья Николаевна

Волгоград - 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ **4**

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ **15**
1.1. История дентальной имплантологии и ее медико-социальный статус **15**
1.2. Развитие дентальной имплантологии в учреждениях различных форм собственности **45**

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ **87**
2.1. Характеристика обследуемых групп пациентов **87**
2.2. Характеристика нуждаемости пациентов в ортопедическом лечении с использованием метода дентальной имплантации **93**
2.3. Характеристика материально-технического оснащения стоматологических учреждений различных форм собственности **94**
2.4. Методы статистического анализа **96**

ГЛАВА 3. СУБЪЕКТЫ-УЧАСТНИКИ ПРОЦЕССА ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ **97**
3.1. Медико-социальные предпосылки формирования потребности в имплантологической помощи в детском и юношеском возрасте **99**
3.2. Социальный портрет пациента, обращающегося за имплантологической стоматологической помощью **120**
3.3. Компаративный анализ возможностей государственных и частных клиник, предоставляющих имплантологическую помощь **135**
3.4. Профессиональный портрет врача стоматолога-имплантолога **151**

Глава 4. КЛИНИЧЕСКИЕ РИСКИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАТАЦИИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА **163**
4.1. Типология осложнений после имплантологических вмешательств в стоматологии **163**
4.2. Клинико-рентгенологическая диагностика хирургических осложнений дентальной имплантации **173**
4.3. Организация диспансеризации и реабилитации пациентов после дентальной имплантации и профилактика периимплантита в раннем дофункциональном периоде **189**

ГЛАВА 5. КОМПЛЕМЕНТАРНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ И **200**

СОЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ РИСКОВ В ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ

5.1. Контроль и оценка качества оказания комплексной стоматологической и имплантологической помощи на институциональном уровне **200**

5.2.Контроль и оценка качества выполнения требований профессиональной роли врачами стоматологами-имплантологами **226**

5.3. Медико-социологическое обоснование модели регионального клинического центра дентальной имплантологии **246**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Анализ и обобщение результатов исследования **273**

ВЫВОДЫ **289**

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ **293**

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ **294**

ПРИЛОЖЕНИЯ **338 - 349**

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Внедрение новых методов лечения в стоматологическую практику является актуальным для всех, без исключения, жителей России, поскольку каждый из нас, рано или поздно, единожды или многократно, но обращается к стоматологам. В новых методах пациенты заинтересованы не только потому, что они подразумевают более эффективное лечение, но и потому, что каждый раз надеются без боли и навсегда избавиться от своих стоматологических проблем. К сожалению, совершенных способов лечения зубов пока нет, да и вряд ли они возможны. Но приблизиться к идеалу – вполне реальная задача. В настоящее время такую задачу решает достаточно новый, но уже весьма распространенный метод – дентальная имплантология.

Дентальная имплантология, как самостоятельное направление современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, в последние годы активно развивается, более того, стоматологическая дентальная имплантология лидирует по числу внедренных инновационных методов лечения[1]. Новейшие технологии дентальной имплантологической помощи населению широко применяют при лечении пациентов с полной или частичной потерей зубов во всем мире[2]. В России сегодня дентальные

[1] Адмакин, О.И. Стоматологическая заболеваемость населения в различных климато-географических зонах России. // Дис. … канд. мед.наук. - М., ММСИ, 1999. - 210 с.; Бахмудов, Б.Р. Распространенность и интенсивность кариеса и санитарно-гигиенические навыки ухода за полостью рта у беременных женщин / Б.Р. Бахмудов, З.Б. Бахмудова // Стоматология. - 2010. - № 3. - С. 12-14; «О комплексной программе развития стоматологической помощи в СССР до 2000г.». Приказ Минздрава СССР от 18.11.1988г. - М., 1988. - 45 с.Пахомов, Г.Н. Разработка и внедрение проектов фторирования молока для профилактики кариеса зубов у детей на территории Российской Федерации / Г.Н. Пахомов, А.Г. Колесник, Э.М. Кузьмина [и др.] // Материалы II съезда Стоматологической ассоциации (Общероссийской), Волгоград, 23-25.05.1994. - Екатеринбург, 1995. - С. 61-67.

[2] Беленова, И.А. Влияние водородного показателя пломбировочных материалов на обмен ионов кальция в эмали зуба, возникновение рецидивного кариеса / И.А. Беленова // Автореф. дис. … канд. мед.наук. - Воронеж, 2008. - 22с.; Беляков, Ю.А. Наследственная патология эмали и дентина. Обзор молекулярно-генетических исследований / Ю.А.Беляков, В.М. Елизаров, В.А.Кротов [и др.] // Стоматология. - 2010. - № 1. - С. 8-9; Борданова, Т.М. Возможность прогнозирования кариеса зубов у детей дошкольного возраста / Т.М. Борданова // Актуальные проблемы медицины: тез.краевой науч. конф. стоматологов. - Ставрополь, 2005. - С. 239- 241.

имплантаты применяют практически повсеместно. В 1995 году в Санкт-Петербурге насчитывалось только не более 5 клиник, занимающихся дентальной имплантологией, но уже к 2010 году это количество увеличилось до 300[3].Следует отметить, что распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний среди населения России не имеет устойчивой тенденции к уменьшению, что предопределяет высокую потребность в различных видах стоматологической помощи, в том числе ортопедической[4].

Известно, что использование дентальных имплантатов - оптимальная возможность для дальнейшего качественного протезирования. Многочисленное число больных, нуждающихся в помощи врача-стоматолога-ортопеда, указывает на необходимость совершенствования этого вида стоматологической помощи. В этой связи более широкое применение технических и конструктивных возможностей, которые предоставляет современная дентальная имплантология, как одна из самых прогрессивных методик устранения дефектов зубных рядов, является актуальным способом совершенствования стоматологической помощи населению страны.

Методы и способы дентальной имплантации широко используют в стоматологических организациях различной формы собственности, тем

---

[3] Тимонов, М.А. Изучение эффективности фторирования питьевой воды для профилактики заболеваний зубов у населения Московской области / М.А. Тимонов // Стоматология. - 2005. - № 6. - С. 71-73.

[4] Абрамова, Н.Е. Теория и практика, применения герметиков в сочетании с реминерализирующими составами при профилактике кариеса зубов у детей / Н.Е. Абрамова, В.А. Дрожжина, Ю.А. Федоров [и др.] // Новое в стоматологии (Спец. выпуск). - 2006. - № 4. - С. 25-40; Аширов, К.А. Динамика функциональных и клинических свойств эмали зубов при применении фторидсодержащей зубной пасты у детей / К.А. Аширов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2005. - 23 с.; Иванова, Е.Н. Влияние санитарной культуры родителей на формирование гигиенических навыков у детей / Е.Н. Иванова, А.М. Хамадеева // Кариес зубов и его осложнения: Респуб. конф. стоматолог. - 2008. - С. 89-90.; Carlsson, A. 2-year clinical performance of afluoride-containing fissuresealant in young school children at cariesrisk / A. Carlsson, M. Petersson, S. Twetman // Am. J. Dent.-2012.-Vol.10, №3.-P.115-119; Gyurkovics, C. Effectoffluoridatedmilkoncaries: 10-yearresults / C. Gyurkovics, P. Zimmermann, E. Hadasetal. // J. Clin. Dent. - 2012. - Vol. 3, № 4. - P. 121-124.

самым, подчеркивая современный и инновационный подход к оказанию высококвалифицированной врачебной помощи населению и высокий профессиональный уровень своего кадрового состава[5] Кроме этого, методы дентальной имплантации весьма рентабельны и привлекательны в коммерческом их использовании, что предопределяет их внедрение без соответствующих строгих клинических и общемедицинских показаний.

В этой связи неоправданное расширение показаний к применению метода дентальной имплантации приводит к увеличению частоты осложнений, как во время проведения хирургического этапа, так и в послеоперационном периоде. Среди таких осложнений наиболее тяжелые - перфорация верхнечелюстного синуса и компрессионная травма нижнечелюстного сосудисто-нервного пучка. Эти осложнения, обусловлены пробелами в академическом и последипломном врачебном образовании, так как в программах обучения методы дентальной имплантации появились сравнительно недавно[6].

Нерешенными остаются также и некоторые проблемы самой имплантологической службы, поскольку отсутствует система организации и управления имплантологической помощи населению, включая учет и статистику видов проведенных имплантологических вмешательств и количества установленных дентальных имплантатов. Несмотря на успехи в совершенствовании техники дентальной имплантации и улучшение обеспечения учреждений здравоохранения самой современной аппаратурой,

---

[5] Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний: Учебное пособие / Э.М. Кузьмина // М., 2007. – 136 с.; Макеева, И.М. Влияние экологических факторов на состояние органов и тканей полости рта у детей / И.М. Макеева // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2012. - 23 с.; Пожарицкая, М.М. Роль слюны в физиологии и развитии патологического процесса в твёрдых и мягких тканях полости рта. Ксеростомия / М.М. Пожарицкая // М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2011. - 48 с.

[6] Аширов, К.А. Динамика свойств эмали постоянных зубов у детей различного возраста при применении фторсодержащих зубных паст / К.А. Аширов // Стоматология. - 2014. - № 2. - С. 15-17; Пожарицкая, М.М. Роль слюны в физиологии и развитии патологического процесса в твёрдых и мягких тканях полости рта. Ксеростомия / М.М. Пожарицкая // М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2011. - 48 с.

внедрение новых методов исследования и лечения заболеваний челюстно-лицевой области, имеющих большое социальное значение, идет медленно.

Разработка профессиональных стандартов и подходов к методам лечения с использованием имплантатов, специализированного оборудования, хирургических инструментов пока не завершена. В различных регионах России также отсутствует единая нормативная база, регламентирующая организационные аспекты стоматологической имплантологической помощи[7]. Недооценивать роль единых стандартов в организации этого сложного вида лечения нельзя, это приводит к отрицательным результатам и снижает возможности для дальнейшего совершенствования методов дентальной имплантации[8].

На сегодняшний день имеются данные о попытках организации имплантологической помощи в стоматологических учреждениях различной формы собственности: в частности, А.В. Мухиным (2006) предложена перспективная модель организации центра дентальной имплантации на базе специализированного стоматологического учреждения, которая показала, что многие проблемы стоматологической имплантологической помощи можно решить.

Исследования, проведенные на территории Ставропольского края, были посвящены изучению влияния отдельных региональных факторов на уровень и структуру стоматологической заболеваемости населения[9]. Вместе с тем, до настоящего времени не были изучены вопросы, связанные с оказанием стоматологической помощи и нуждаемости в ней одновременно

---

[7] Кузьмина, Э.М. Критерии оценки состояния полости рта и эффективности различных средств профилактики стоматологических заболеваний / Э.М. Кузьмина // Метод.реком. / М., ММСИ. - 2006. - 36 с.

[8] Марталер, Т.М. Фторирование соли (обзор) / Т.М. Марталер // Новое в стоматологии. - 2014. - № 2. - С. 15.

[9] Гаража, Н.Н. О влиянии кисловодского Нарзана на частоту и интенсивность кариеса зубов и состояние пародонта / Н.Н. Гаража, И.М. Флейшмахер // Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 33-36; Гаража, Н.Н. Организация первичной профилактики по предупреждению поражений твердых тканей зубов у лиц, имеющих производственный контакт с солями кадмия / Н.Н. Гаража, Н.В. Шацкая // Стоматология. - 2006. - Спец. вып. - С. 17-18.

во всех районах Ставропольского края. Кроме этого, количество научных работ в области организации и управления стоматологической помощью, оказываемой населению данного региона, весьма незначительно, а необходимость в разработке данной проблемы очень велика.

Стоматологические имплантологические медицинские вмешательства и по порядку оказания, и по содержанию становятся всё более специализированными видами помощи, технологически насыщенными и дорогостоящими, а их организация требует особого внимания и совершенствования. Проблема осложняется трудностями своевременной диагностики патологии, оценки состояния пациента, ограниченными возможностями муниципальных лечебных учреждений в оказании больным своевременной и адекватной имплантологической стоматологической помощи. Комплексный характер задач по развитию дентальной имплантологии делает наиболее перспективным поиск их решения в проблемном поле социологии медицины.

Цель работы - эксплицировать медицинские риски дентальной имплантологии и обосновать социальные способы их профилактики, на основе чего разработать систему организационных мероприятий, повышающих эффективность стоматологической имплантологической помощи больным на региональном уровне.

Для достижения этой цели были поставлены следующие **задачи:**

- Проследить генезис дентальной имплантологии и определить ее медико-социальный статус.
- Представить характеристику потребности пациентов в ортопедическом лечении с использованием метода дентальной имплантации
- Рассмотреть возможности медицинских учреждений различных форм собственности удовлетворить потребность пациентов в услугах дентальной имплантологии.
- Обосновать возможности социологии медицины в практически значимом изучении дентальной имплантологии.

- Провести компаративный анализ развития дентальной имплантологии в стоматологических учреждениях различных форм собственности.
- Определить перспективы формирования группы пациентов, нуждающихся в имплантологической помощи, проанализировав медико-социальные предпосылки потребности в ней в детском и юношеском возрасте.
- Охарактеризовать медико-социальные условия предоставления имплантологической помощи на региональном уровне и разработать рекомендации по их совершенствованию.
- Эксплицировать медицинские риски имплантологии (на материале Ставропольского края) и предложить варианты их профилактики.
- Доказать комплементарность медицинских и социальных методов профилактики рисков в имплантологической практике.
- Разработать медико-социологическое обоснование модели регионального клинического центра дентальной имплантологии и внедрить ее в практику.
- Разработать систему практических рекомендаций для региональных органов здравоохранения и комплекс медико-социальных мероприятий по сопровождению больных, нуждающихся в стоматологической имплантологической помощи.

Гипотеза исследования. Сегодня не вызывает сомнений тот факт, что метод лечения адентии при помощи дентальной имплантации является одним из наиболее прогрессивных и перспективных. Дентальная имплантация направлена на восстановление таких важных функций как жевание, речеобразование, а также эстетики. Обычные методы ортопедической помощи (мостовидные и съемные протезы) сегодня недостаточно удовлетворяют как самих больных, так и врачей. Современная дентальная имплантация позволяет наиболее адекватно возмещать утраченные зубы, а также функции, свойственные полноценной зубочелюстной системе. Вместе

с тем, по имеющимся литературным данным, метод дентальной имплантации все еще сопряжен с высоким риском развития осложнений на каждом из своих этапов. Особенно остро стоит вопрос о ранней диагностике и профилактике осложнений на самом первом, хирургическом этапе дентальной имплантации. Сказывается и то, что профилактика стоматологических заболеваний среди населения находится на очень низком уровне, что позволяет говорить о формировании группы потенциальных потребителей имплантологической помощи уже в детском и юношеском возрасте. Кроме того, услуги дентальной имплантологии достаточно дороги, что не позволяет пользоваться ими всем нуждающимся.

Таким образом, проблемы дентальной имплантологии имеют ярко выраженный медико-социальный характер и могут быть решены в научном поле социологии медицины, позволяющей проводить компарацию клинических и социологических данных и разрабатывать обоснованные практические рекомендации для системы здравоохранения. В применении к такой отрасли стоматологии как дентальная имплантология, эффективной моделью организации медицинской помощи является проект регионального центра дентальной имплантологии, аккумулирующего в себе все достижения в этой области.

Объект исследования – система стоматологической помощи населению на региональном уровне.

Предмет исследования – дентальная имплантология и процесс ее институализации в системе здравоохранения.

Научная новизна исследования состоит в экспликации медицинских рисков дентальной имплантологии и обосновании социальных способов их профилактики, в разработке на основе полученных данных модели регионального центра дентальной имплантологии.

Диссертантом представлены результаты авторского комплексного медико-социологического исследования организации стоматологической и имплантологической медицинской помощи больным на региональном

уровне, составлен социальный портрет типичного потребителя услуг дентальной имплантологии, изучено мнение населения о деятельности стоматологических учреждений здравоохранения различных форм собственности в конкретном регионе.

В категориальное поле социологии медицины введено новое понятие – «профессиональный портрет медицинского работника», на основе социологического исследования создан профессиональный портрет врача-имплантолога.

Применяя теоретические и эмпирические методы исследования, диссертант определил показатели нуждаемости населения Ставропольского края в имплантологической стоматологической помощи, обнаружил несоответствия технического обеспечения государственных и частных медицинских учреждений (1: 2,61), оказывающих такую помощь, получил новые данные о характере и частоте осложнений на хирургическом этапе дентальной имплантации в стоматологических лечебных учреждениях Ставропольского края (перфорации верхнечелюстного синуса и нижнечелюстного канала, интраоперационное кровотечение), проанализировал эффективность внедрения критериев системы контроля и оценки качества оказания стоматологической помощи.

В диссертации впервые предложена модель прогрессивной системы оказания имплантологической помощи стоматологическим пациентам на региональном уровне по кластерному типу, доказана эффективность разработки такой модели путем двухсторонней комплементации клинических и социологических данных.

Впервые на базе стоматологической клиники ООО НПО «Фитодент» имплементирована авторская модель краевого клинического центра дентальной имплантологии с завершенным циклом предоставления стоматологической услуги, которая может рассматриваться как один из вариантов институализации дентальной имплантологии на региональном уровне.

Научная новизна исследования раскрывается в **положениях, выносимых на защиту:**

1. Анализ мнений экспертов показывает, что развитие отечественной дентальной имплантологии как прогрессивного метода реабилитации пациентов с частичной или полной утратой зубов, зависит не только от положительных результатов научных изысканий в области остеоинтеграции, но и от степени институализации данного вида помощи в системе стоматологической службы.

2. Потребность в имплантологической помощи формируется в детско-юношеском возрасте. Результаты эпидемиологических и клинико-лабораторных исследований стоматологического статуса детей и подростков являются основой для последующей разработки схем комплексного индивидуального имплантологического и ортодонтического лечения с учетом тактики ведения пациента на подготовительном этапе, аппаратурном воздействии на зубочелюстную систему и периоде реабилитации.

3. Социальный портрет потребителя услуг дентальной имплантологии носит бинарный характер, поскольку возрастная и половая структура обращаемости населения в государственные и частные учреждения за имплантологической стоматологической помощью имеет как сходства, так и различия, связанные с неоднородным социальным составом обратившихся и уровнем их доходов. В имплантологической стоматологической помощи нуждаются, преимущественно, лица в возрасте 30-39 и 40-49 лет, среди которых женщин в 2 раза больше, чем мужчин. Социальный состав обращающегося населения в указанные учреждения отличается: в ГСП, в основном, обращаются служащие и пенсионеры, в коммерческие структуры - предприниматели, а также служащие с высоким уровнем дохода. Ведущим фактором обращаемости, вне зависимости от типа учреждения, является качество оказываемой в нем стоматологической помощи.

4. Материально-техническое оснащение стоматологических кабинетов в государственных медицинских стоматологических организациях на

региональном уровне уступает таковому в частных клиниках. Удельный вес высокотехнологичного специализированного стоматологического оборудования терапевтического, ортопедического и хирургического отделений государственной стоматологической клиники составляет 37,7%, 19,4% и 25,8% против 62,3%, 80,6% и 74,2% в частной стоматологической клинике соответственно. При этом в квалификации врачей-стоматологов нет существенных отличий. Следовательно, конкурентоспособность ГСП зависит, в первую очередь, от технологической составляющей институализации дентальной имплантологии.

5. Компаративный анализ состояния материально-технической базы ГСП и частной стоматологической клиники с комплексным предоставлением помощи выявил высокие финансовые возможности последней в приобретении современного высокотехнологического оборудования. Отсюда – вывод о возможности трех вариантов институализации дентальной имплантологии. Первый – полный перевод данного вида услуг в систему частной медицины. Второй – повышение технологического уровня ГСП в оказании имплантологической помощи. Третий – создание специализированных стоматологических центров дентальной имплантологии в каждом регионе на основе частно-государственного партнерства.

6. Метод дентальной имплантации все еще сопряжен с высоким риском развития осложнений на каждом из своих этапов. Наибольшие риски содержит ее хирургический этап. Систематизация осложнений, возникающих в результате проведения дентальной имплантации, должна проводиться на региональном уровне, поскольку именно здесь актуализируются специфические медико-социальные детерминанты таких осложнений:

- *неквалифицированный медицинский персонал,*
- *несовременное оснащение стоматологических учреждений,*
- *несоблюдение ГС оказания данного вида стоматологической помощи,*
- *недостаточное внимание к данному направлению органов здравоохранения региона.*

7. Основные риски хирургического этапа имплантации обусловлены не технологическими, а личностными факторами, к которым, в первую очередь, относятся дефекты в квалификации социальных агентов оказания имплантологической помощи (слабые знания анатомии челюстно-лицевой области, пренебрежение необходимым полноценным рентгенологическим исследованием и т.п.). Эти факторы элиминируют эффект применения инновационных технологий. В этой связи целесообразно расширить границы возможностей имплантологической помощи путем анализа и систематизации данных о врачебных ошибках, разработки рабочей классификации основных осложнений, возникающих в до- и послеоперационном периодах.

8. С целью более объективной оценки качества стоматологической помощи для каждой однородной по дисперсности группы пациентов в любом стоматологическом учреждении, в зависимости от кадрового состава, его квалификации и материальной базы, целесообразно разработать и утвердить свои оценочные стандарты:

- *результативности и медицинской эффективности;*
- *нормативной стоимости лечения (т.е. затрат);*
- *технологий методов диагностики и лечения;*
- *перечня недопустимых дефектов при оказании данного вида стоматологической помощи.*

9. Институализация имплантологической помощи предполагает формирование модели регионального клинического центра дентальной имплантологии с завершенным циклом предоставления стоматологической услуги. Преимущества данной институциональной формы заключаются в следующем:

- *унификация эргономики условий труда врача-стоматолога,*
- *расширение спектра оказываемой стоматологической помощи,*
- *оптимизация нормативной регуляции предоставления услуг,*
- *системное совершенствование лечебного, научного и учебно-методического потенциала врачей-стоматологов.*

Методологическая база исследования. Исследование выполнялось в категориальном поле социологии медицины с использованием интегративного и целевого междисциплинарного подхода, опирающихся на

медико-социологический анализ. Использованы основные принципы социологии, разработанные академиком РАН А.В.Решетниковым. Базу исследования составила концепция институализации, теория социальных ролей и теория социального взаимодействия в виде теоретических моделей взаимоотношения врача и пациента, а также здравоохранения и общества (Ф. Алпорт, Г. и С.Айзенк, Л. Фестингер, М. Арджайл, Т. Парсонс). Теоретическими и методологическими основами диссертации послужили фундаментальные принципы К. Левина, Дж. Аткинсона, Г. Холла, К. Мадсена, А. Маслоу, Х. Хекхаузена, получившие свое развитие в работах В.И. Ковалева, А.А. Леонтьева, Д.И. Узнадзе, П.М. Якобсона.

Эмпирической базой работы послужили материалы социологических и клинических исследований, проведенных автором на базе стоматологических поликлиник Ставропольского края. В работе использовано анкетирование, тестирование, включенное наблюдение. Клиническими методами исследования являлись методы дентальной имплантологии.

Теоретическая и практическая значимость работы определяется тем, что в результате проведенных исследований проблем организации стоматологической и имплантологической помощи разработаны предложения, позволяющие повысить эффективность проводимых лечебных мероприятий больным, обращающимся в лечебные учреждения различной формы собственности.

Проведенная оценка характера и частоты осложнений на различных этапах дентальной имплантации позволяет определить недостатки в организации медицинской помощи больным стоматологического профиля и определить адекватные меры по их устранению.

Предложенные организационные мероприятия по обеспечению оказания медицинской помощи больным стоматологического профиля на региональном уровне были внедрены в работу лечебных учреждений в городе Ставрополе и Ставропольском крае и доказали свою эффективность, что следует из положительной динами ряда показателей, прежде всего

снижения частоты осложнений на хирургическом этапе дентальной имплантации.

Разработанная система диспансерного наблюдения и комплексной профилактики воспалительных осложнений после операции дентальной имплантации позволили снизить удельный вес перимплантита на 15,6% и сократить сроки полной реабилитации пациентов.

Оценка эффективности использования ресурсов стоматологической и имплантологической медицинской помощи населению Ставропольского края позволяет обосновать необходимость структурных изменений и определить их направление.

Апробация диссертации. Диссертационное исследование выполнено на кафедре стоматологии Ставропольского государственного медицинского университета в рамках отраслевой научно-исследовательской программы №22 «Стоматология». Номер государственной регистрации: 01206863155.

Материалы диссертации обсуждались на научных форумах разных уровней (Волгоград, 2010, 2011, 2013; Ростов-на-Дону, 2010; Москва, 2012, 2013; Ставрополь, 2014, Казань, 2011 и др.). Материалы диссертационного исследования используются в учебном процессе на кафедрах стоматологии, хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, патологической физиологии Ставропольского государственного медицинского университета. Результаты исследования закреплены актами внедрения и используются в лечебной работе государственных и частных учреждений, в том числе стоматологической поликлинике №1 г. Ставрополя, стоматологической поликлинике г. Михайловска, стоматологических отделениях ЦРБ гг. Буденновск и Ипатово Ставропольского края, в частных стоматологических клиниках «Фитодент» и «Полет».

По теме диссертации опубликованы 43 научных работы, из них 1 монография, 25 статей в изданиях, включенных в Перечень ВАК, в том числе, 5 статей в международных журналах, входящих в Базы цитирования SCOPUS и Web of Science (WoS), получен 1 патент на изобретение.

Объем и структура диссертации. Работа изложена на 339 страницах компьютерного текста и состоит из Введения, пяти глав, Заключения, Выводов, Практических рекомендаций, Списка литературы (419 источников). Диссертация иллюстрирована 31 рисунком и микро- и фотографиями, содержит 39 таблиц.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. История дентальной имплантологии и ее медико-социальный статус

Стоматологическая дентальная имплантология возникшая в начале XX века как специальность на стыке ряда направлений развития медицины (биология, биомеханика, стоматологическое материаловедение), в последние годы активно развивается благодаря заложенному высокому потенциалу и открытиям в области новых материалов и технологий[10].

Еще с древних времен известно постоянное стремление человека заменить утраченные зубы различными материалами животного, человеческого и минерального происхождения. Современные археологические находки подтверждают этот факт. Один из примеров - найденный на территории Южной Америки, в частности, современного Гондураса фрагмент нижней челюсти древнего инка (VI век до н.э.), где на месте некоторых зубов обнаружены имплантаты из панциря морских мидий. В Китае, в провинции Чюэнь обнаружен череп древнего китайца (VII в. до н.э.) с протезами из кварца, имплантированными в области центральных резцов нижней челюсти.

На территории Франции обнаружен череп женщины, жившей в I в. н.э., с металлическим имплантатом в лунке клыка верхней челюсти[11].

---

[10]Аширов, К.А. Динамика свойств эмали постоянных зубов у детей различного возраста при применении фторсодержащих зубных паст / К.А. Аширов // Стоматология. - 2014. - № 2. - С. 15-17; Григорьева, Е.Е. Значение кратности санации полости рта в профилактике одонтогенных очагов у школьников / Е.Е. Григорьева // Автореф. дис. .канд. мед.наук. - М., 2011. – 19 с.; Леонтьев, В.К. Программа профилактики в стоматологии в новых политико-экономических условиях России / В.К. Леонтьев // Новое в стоматологии. - 2004. - Спец. вып. - С. 5-10.; Морозова, Н.В. Профилактика в детской стоматологии / Н.В. Морозова, Е.В. Басманова, К.В. Хроменкова [и др.] // Стоматология для всех. - 1998. - №2 (3). - С. 19-22.; Сунцов, В.Г. Результаты эпидемиологических исследований кариеса зубов у детей сибирского региона / В.Г. Сунцов // Стоматология. - 2007. - № 2. - С. 43-46.

[11]Набатова, Т.А. Роль стоматологического просвещения родителей в поддержании здоровья полости рта детей / Т.А. Набатова // Дис. канд. мед.наук. - М., МГМСУ. - 2000.

В конце XVIIIв. некоторые ученые вернулись к идее имплантации зубов, однако до научного обоснования Д.Листером принципов «асептики» и «антисептики» почти всегда происходило инфицирование операционной раны и отторжение имплантатов[12].

Исследователи приступили к поиску имплантационного материала.J. Magilio в 1807 году применяет имплантат из золота. Вепу в 1888 году разрабатывает принцип биосовместимости[13]. В 1891 году на IV Пироговском съезде представлен доклад приват-доцента Н.Н: Знаменского «Имплантация искусственных зубов», который позже опубликован в журнале «Медицинское обозрение»[14].

Экспериментальные и клинические исследования Н.Н. Знаменского послужили научной основой имплантологии и дали мощный толчок для развития данного направления стоматологии не только в России, но и за рубежом. К сожалению, исследования не были закончены и поэтому первая волна стоматологической имплантации не получила развития[15].

Вплоть до 50-х годов прошедшего столетия об имплантации зубов упоминали лишь эпизодически. Однако, второй этап развития дентальной имплантации в России справедливо связано с научными работами Э.Л. Вареса, В.Г. Елисеева (1950-1960), которые изучали взаимодействие имплантата из полиметилметакрилата (плексигласа), пластмассы с костной тканью в эксперименте, а затем апробировали результаты в клинике[16].

Ровно через год после проведенных Э.Я. Варесом экспериментов, в 1956 году, выходит в свет работа доктора Г.Б. Брахмана, расширяющая

---

[12]Сахарова, Э.Б. Эффективность комплексной системы профилактики стоматологических заболеваний у школьников / Э.Б. Сахарова // Дис. … канд. мед.наук. - М., 2004. – 121 с.

[13]Buhmann, A.G. Tooth protecting chewing gum tablets for lessening caries risk / A.G. Buhmann, C. Brosch, P. Riethe // Oralprophylaxe. - 2011. - Vol. 13, № 4. - P. 142-147.

[14]Иванова, Е.Н. Сравнительная эффективность местных противокариозных средств / Е.Н. Иванова // Стоматология. - 2009. - № 2. - С. 60-61.

[15]Леонтьев, В.К. Программа профилактики в стоматологии в новых политико-экономических условиях России / В.К. Леонтьев // Новое в стоматологии. - 2004. - Спец. вып. - С. 5-10.

[16]Бокая, В.Г. Мотивация населения к участию в профилактике кариеса зубов путем ограничения потребления сахара / В.Г. Бокая // Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны: тр. ЦНИИС. - 2009. - С. 131-135.

представления и возможности использования имплантации искусственных зубов[17]. Позже безвредность сополимеров полиметилметакрилатов была доказана многими отечественными авторами: Б.Н. Быниным, И.И. Ревзиным, В.И: Вишневской, Л.М. Дыхно, Б.А. Шварцом, В.В. Добриным, М.В. Мухиным[18].

В этом же году С.П. Мудрый защитил кандидатскую диссертацию, где обосновал двухэтапную методику внутрикостной имплантации плексигласа. С этого момента имплантацию искусственных зубов, стали применять в своей практике и другие практики[19].Ссылаясь на данные, полученные Э.Я. Варесом и его учениками газета «Медицинский работник» от 22 июня 1956 года предсказала новый вектор развития стоматологии.

С точки зрения оценки сегодняшнего дня, безусловно, неподвижное соединение внутрикостного имплантата с окружающей костной тканью не наступило, и в декабре 1957 года в той же газете появилась статья, в которой сообщалось, что Э.Я. Варес ввел в заблуждение медицинскую общественность страны, и нет никаких оснований для внедрения имплантации искусственных зубов в практику лечебных учреждений. Таким образом, в 1958 году Указом Минздрава СССР имплантация в отечественной стоматологии была запрещена[20]. Имплантация в стоматологии в России была надолго забыта.

Однако, зарубежные исследователи такие как Леонард Линков в 1964-1967 гг. Леонард выдвигают пластиночную конструкцию имплантата с отверстиями. С этого момента Л. Линков становится признанным в мире

[17]Сахарова, Э.Б. Эффективность комплексной системы профилактики стоматологических заболеваний у школьников / Э.Б. Сахарова // Дис. … канд. мед.наук. - М., 2004. – 121 с.
[18]Леонтьев, В.К. Эффективность лечебно-профилактических мероприятий при семейной диспансеризации у стоматолога / В.К. Леонтьев, Т.В. Бородина // Современные проблемы стоматологии: сб. науч. тр. - Новосиб. мед.ин-т. - Новосибирск, 2008. - С. 84-86.
[19]Леонтьев, В.К. Программа профилактики в стоматологии в новых политико-экономических условиях России / В.К. Леонтьев // Новое в стоматологии. - 2004. - Спец. вып. - С. 5-10.
[20]Там же.

основоположником одноэтапных фиброосеоинтегрированных имплантатов (blad-went)[21]

Другой ученый Пер-ИнгварБранемарк предлагает концепцию имплантации, на основе которой в 1965 году Шведская национальная школа имплантологов создает остеоинтегрируемые двухэтапные имплантаты[22].

Немецкая школа врачей-имплантологов, возглавляемая профессором Холгер Е. Бюркелем, разработала и внедрила систему поднадкостных и внутрикостных имплантатов. Научные разработки Х.Е. Бюркеля посвящены изучению вопросов микроциркуляции крови в тканях в области дентальных имплантатов[23]

FD1 и ADI в 1978 году одобрили метод зубной имплантации и в 1987 году рекомендовали его для широкого применения. В настоящее время в зарубежной практике существует более 160 имплантационных систем[24]. Однако, лишь нескольких систем: «Nobelpharma», «1MZ», «IT1», «AstraTech», «Friadent» согласно оценкам научных исследований являются остеоинтегрируемыми. Другие имеют наиболее длительные, прогнозируемые результаты использования и, в связи с этим, считаются эталонами[25].

---

[21]Кузьмина, Э.М. Клиническое изучение влияния зубной пасты с гидроксиапатитом на начальные стадии кариеса зубов у детей / Э.М. Кузьмина, С.А. Васина, Т.А. Козичева // Новое в стоматологии. - 2008. - № 2. - С. 8-11; Улитковский, С.Б. Зубные пасты / С.Б. Улитовский // СПб., Изд. «Человек», 2011. - 272 с; Imfeld, T. Efficacy of sweeteners and sugar substitutes in caries prevention / T. Imfeld // Caries Res. - 2013. - Vol. 27, № 1. - P. 50-55.

[22]Carvalho, J.C. Results after 3 years of non-operative occlusal caries treatment of erupting permanent first molars / J.C. Carvalho, A. Thylstrup, K.R. Ekstrand // Community Dent. Oral.Epidemiol. - 2012. - Vol. 20. - P. 187-192; Downer, M.C. The status of bite-wing radiographs in enhancing discriminatory ability in caries prophylactic clinical trials / M.C. Downer, K.Y. Worthington // Caries Res. - 2012. - Vol. 26, № 3. P. 195-200; Duckworth, R.M. Oral fluoride retention after use of fluoride dentifrices / R.M. Duckworth, S.N. Morgan // Caries Res. - 2011. - Vol. - 25. - P. 123-129; Echeverria, J.J. How to integrate prevention into a successful practice / J.J. Echeverria // Int. Dent. J. - 2014. - Vol. 44, № 4. - P. 312-316.

[23]Боровский, Е.В. Пути повышения качества лечебной работы, Е.В. Боровский // Стоматология. - 2007. - № 1. - С. 65-68.

[24]Тихонов, В.Э. Дифференцированный подход к планированию стоматологической помощи и ее организация в условиях крупного города с различным содержанием фтора в питьевой воде / В.Э. Тихонов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - Москва, 2002. - 22 с.

[25]Аширов, К.А. Динамика свойств эмали постоянных зубов у детей различного возраста при применении фторсодержащих зубных паст / К.А. Аширов // Стоматология. - 2014. - № 2. - С. 15-17; Bratthall, D. Caries, viewsandperspectives / D. Bratthall // Scand.J.Dent.Res. - 2012. - Vol. 100, № 1. - P. 47-51; Bravo, M. Effectivenessofvisiblelightfissuresealant (Delton)Кузьмина, Э.М. Клиническое изучение влияния зубной пасты с гидроксиапатитом на начальные стадии кариеса зубов у детей / Э.М. Кузьмина, С.А. Васина, Т.А. Козичева // Новое в стоматологии. - 2008. - № 2. - С. 8-11;

Терапия с использованием имплантатов в стоматологии, вызывает огромный интерес у специалистов и привлекает все большее количество пациентов. На 1992 год в странах Европы по данным BäbbushC.A., количество пациентов, вылеченных с использованием имплантатов, составило порядка 142000, тогда как в 1989 году - было не более 80000[26]

В 1990 году в США установлено около 20000 плоских имплантатов и 40000 конструкций в форме корня зуба и таким образом всего поставлено около 300000 имплантатов всех конструкций за год[27]

В Германии более 1000 специалистов-стоматологов в последние десятилетия успешно применяют данный вид лечения, так как имеют соответствующую квалификацию и могут изготовить протез на имплантатах на высоком профессиональном уровне[28]

Улитковский, С.Б. Зубные пасты / С.Б. Улитовский // СПб., Изд. «Человек», 2011. - 272 с; Imfeld, T. Efficacy of sweeteners and sugar substitutes in caries prevention / T. Imfeld // Caries Res. - 2013. - Vol. 27, № 1. - P. 50-55.

[25]Carvalho, J.C. Results after 3 years of non-operative occlusal caries treatment of erupting permanent first molars / J.C. Carvalho, A. Thylstrup, K.R. Ekstrand // Community Dent. Oral.Epidemiol. - 2012. - Vol. 20. - P. 187-192; Downer, M.C. The status of bite-wing radiographs in enhancing discriminatory ability in caries prophylactic clinical trials / M.C. Downer, K.Y. Worthington // Caries Res. - 2012. - Vol. 26, № 3. P. 195-200; Duckworth, R.M. Oral fluoride retention after use of fluoride dentifrices / R.M. Duckworth, S.N. Morgan // Caries Res. - 2011. - Vol. - 25. - P. 123-129; Echeverria, J.J. How to integrate prevention into a successful practice / J.J. Echeverria // Int. Dent. J. - 2014. - Vol. 44, № 4. - P. 312-316.

[25]Боровский, Е.В. Пути повышения качества лечебной работы, Е.В. Боровский // Стоматология. - 2007. - № 1. - С. 65-68.

[25]Тихонов, В.Э. Дифференцированный подход к планированию стоматологической помощи и ее организация в условиях крупного города с различным содержанием фтора в питьевой воде / В.Э. Тихонов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - Москва, 2002. - 22 с.

[25]Аширов, К.А. Динамика свойств эмали постоянных зубов у детей различного возраста при применении фторсодержащих зубных паст / К.А. Аширов // Стоматология. - 2014. - № 2. - С. 15-17; Bratthall, D. Caries, viewsandperspectives / D. Bratthall // Scand.J.Dent.Res. - 2012. - Vol. 100, № 1. - P. 47-51; Bravo, M. Effectivenessofvisiblelightfissuresealant (Delton) versusfluoridevarnish (Duraphat): 24-monthclinicaltrial / M. Bravo, J.C. Lllodra, P. Bacaetal. // Community. Dent. Oral. Epidemiol. - 2006. - Vol.-24, № 1.-P.42-46; Carvalho, J.C. Results after 3 years of non-operative occlusal caries treatment of erupting permanent first molars / J.C. Carvalho, A. Thylstrup, K.R. Ekstrand // Community Dent. Oral.Epidemiol. - 2012. - Vol. 20. - P. 187-192; Guggenheim, B. Caries and plaque inhibition in rats by five topically applied dentifrices / B. Guggenheim, F. Lutz, R. Schmid // Eur. J. Oral. Sci. - 2007. - Vol. 105, № 3. - P. 258-263.

[26]Bratthall, D. Dental caries-interrupted-interpreted. Concluding remarks andcariography / D. Bratthall // Eur. J. Oral. Sci. - 2006. - Vol. l04, № 4 (Pt 2). - P. 486-491.

[27]Сахарова, Э.Б. Эффективность комплексной системы профилактики стоматологических заболеваний у школьников / Э.Б. Сахарова // Дис. … канд. мед.наук. - М., 2004. – 121 с.

[28]Тихонов, В.Э. Дифференцированный подход к планированию стоматологической помощи и ее организация в условиях крупного города с различным содержанием фтора в питьевой воде / В.Э. Тихонов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - Москва, 2002. - 22 с.

Только в 1996 году, по данным Центра имплантологов Германии, установлено более 30000 имплантатов, а около 400000 пациентов имеют в полости рта зубные протезы с опорой на имплантаты[29]

В зарубежной практике с начала 60-х годов и до середины 80-х годов, согласно статистическим данным, применяли пластиночные имплантаты в среднем в 2-6 раз чаще, чемвинтовые и цилиндрические. В 1988-году по данным опубликованным Ch. Weiss, только в США 160000 человек пользовались протезами с опорой на пластиночные имплантатыLinkow[30].

К 2001 году, на Европейском стоматологическом рынке, имплантаты в форме корня зуба составляли уже 95 % от всех видов внутрикостных зубных конструкций. Многолетнее клиническое наблюдение и анализ результатов использования таких имплантатов в клинической практике (1965-1980) подтвердило успех имплантации в среднем в 93% случаев на нижней и в 95% - на верхней челюстях[31].

В стоматологической практике дентальные имплантаты применяли сначала преимущественно у пациентов с полным отсутствием зубов. Однако, благодаря развитию новым хирургическим технологиям, в последнее время имплантация с успехом используется и у пациентов с частичной потерей зубов.

По данным Beniashvili et. al., которые анализировали пациентов с полной и частичной потерей зубов с 1992 по 2000 гг. на базе Франкфуртского

---

[29]Там же.

[30]Тимонов, М.А. Изучение эффективности фторирования питьевой воды для профилактики заболеваний зубов у населения Московской области / М.А. Тимонов // Стоматология. - 2005. - № 6. - С. 71-73.

[31]Леонтьев, В.К. Эволюция представлений о причинах возникновения кариеса зубов / В.К. Леонтьев, Л.А. Мамедова // Стоматология. - 2010. - № 1. - С. 68-72; Сахарова, Э.Б. Эффективность комплексной системы профилактики стоматологических заболеваний у школьников / Э.Б. Сахарова // Дис. … канд. мед.наук. - М., 2004. – 121 с.; Caryalho, J.C. Resultsafter 1 yearofnon-operativeocclusalcariestreatmentoferuptingpermanentfirstmolars / J.C. Caryalho, K.R. Ekstrand, A. Thylstrup // CommunityDent. Oral.Epidemiol. - 2011. - Vol. l9. - P. 23-28; Cirino, S.M. Dental caries in developing countries. Preventive restorative approaches treatment / S.M. Cirino, S. Scantlebury // N.Y.State. Dent. J. - 2008. - Vol. 64, № 2. - P. 32-39; Eberhardt, H.G. The pharmakocinetic profile of oxygen-ozone therapy / H.G. Eberhardt // Proceeding of 2nd International Symposium on Ozone applications. - Havana. - 2007. - P. 20-21.

Университета, соотношение между пациентами составило 30% и 70%[32]. В настоящее время в стоматологии предъявляют значительно более высокие требования к отдельным имплантатам, которые могут использоваться в области высоких жевательных нагрузок и в участках с вертикальной и горизонтальной редукцией кости. Поэтому, в результате этого наряду с материалом для имплантатов и их конструкцией, ученые занимаются и микроструктурой поверхности имплантатов[33]. Еще в 1975 году Muhlemanустановил, что идеальная поверхность имплантата должна быть шероховатой[34].

Если в 80-е годы имплантаты устанавливались в зависимости от наличия кости, то сегодня имплантаты устанавливают все чаще с точки зрения оптимального протезирования с учетом существующих эстетических особенностей. Вместо «honedrivenimplantplacement» (имплантирование с учетом наличия кости) уже говорят о так называемом«restorationdrivenimplantplacement» (имплантировании, исходя из потребностей протезирования)[35]. Надо отметь, что этот принцип играет определяющую роль в эстетической реставрации фронтальной группы зубов. Особое развитие «эстетической имплантологии» придали методы и

[32]Бахмудов, Б.Р. Распространенность и интенсивность кариеса и санитарно-гигиенические навыки ухода за полостью рта у беременных женщин / Б.Р. Бахмудов, З.Б. Бахмудова // Стоматология. - 2010. - № 3. - С. 12-14.

[33]Das, S. Cariostatic effect of aspartame in rats / S. Das, A.K. Das, R.A. Murphy et al. // Caries Res. – 2007. - Vol. 31, № l. - P. 78-83; Ekstrand, K.Restorative caries treatment patterns in Danish 20-year-old males in 1986 and 1991 / K. Ekstrand, J.C. Carvalho, A. Thylstrup // Community Dent. Oral.Epidemiol. - 2014. - Vol. - P. 77-79; Elderton, R.J. Treating restorative dentistry to health / R.J. Elderton // Br. Dent. J. - 2006.-Vol. 181, № 6. - P. 220-225.

[34]Иванова, Е.Н. Кариес зубов и его профилактика в условиях биогеохимического избытка фтора и молибдена / Е.Н. Иванова // Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. - М., 2006. - 34с.; Соловьева, А.М. Выбор средств гигиены для профилактики и лечения заболеваний пародонта в детском возрасте / А.М. Соловьева, У.В. Афанасьева // Стоматология для всех. - 2009. - № 1(б). – С. 9.

[35]Бахмудов, Б.Р. Распространенность и интенсивность кариеса и санитарно-гигиенические навыки ухода за полостью рта у беременных женщин / Б.Р. Бахмудов, З.Б. Бахмудова // Стоматология. - 2010. - № 3. - С. 12-14; Дорошина, В.Ю. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных как основа стоматологического здоровья детей раннего возраста / В.Ю. Дорошина // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 1997. - 21 с.; Крихели, Н.И. Обоснование проведения профилактических мероприятий при отбеливании зубов / Н.И. Крихели // Дис. … канд. мед.наук. - М., МГМСУ. – 2001; Леонтьев, В.К. Доклад президента СтАР, академика РАМН В.К. Леонтьева на XI съезде Стоматологической Ассоциации России. - Москва, 2006.Mandel, I.D. Cariesprevention: currentstrategies, newdirections / I.D. Mandel // J. Am. Dent. Assoc. - 2006. -Vol. 127, № 10. - P. 1477-1488.

технологии тканевой инженерии. Благодаря стремительному прогрессу восстановления костной ткани, расширились границы показаний для использования имплантатов в стоматологии[36].

Клинико-экспериментальные успехи побудили в последнее время многие исследовательские группы к проведению непосредственной имплантации и ранней, моментальной нагрузке на них[37]. Безусловно лечебная концепция Ledermann (1996) является неоспоримой и одновременно составной частью доступных имплантологических концепций после 20-летней апробации [38].

Имплантология в странах Западной Европы и Америки находится на высочайшем уровне и широко используется сегодня при терапии пациентов с полной и частичной потерей зубов. Как для стоматологов, так и для самих пациентов с некоторых пор имплантаты - уже не экзотика, а часть обыденной жизни многих европейских клиник. Теперь работа с имплантатами - не удел

[36]Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных женщин и детей раннего возраста / Э.М. Кузьмина // Метод.реком. / М., ММСИ. - 2009. - 36 с.; Леонтьев, В.К. Развитие и обоснование системы УЕТ в новых экономических условиях деятельности стоматологических учреждений России / В.К. Леонтьев, В.Т. Шестаков // Стоматология. - 2013. - № 3. - С. 55-60; Луцкая, И.К. Механизмы формирования очага подповерхностной деминерализации эмали / И.К. Луцкая // Новое в стоматологии. - 2008. - № 9. – С. 8-19; Ронь, Г.И. Новая лечебно-профилактическая зубная паста / Г.И. Ронь, Т.М. Еловикова // Новое в техническом обеспечении стоматологии: материалы конференции стоматологов. - Екатеринбург, 2012. - С. 42-43; Ademuwagun, L.A. InformationandmotivationinHealthEducation / L.A. Ademuwagun // Hlth.Educ. J. - 1992. - Vol.31, № 3. - P. 58-61.

[37]Ivanova, K. Caries reduction by milk fluoridation in Bulgaria / K. Ivanova, G.N. Pakhomov, I.J. Moeller et al. // Adv. Dent. Res. - 2005. - Vol. 9, № 2. - P. 120-121; Llodra, J.C. Factors influencing the effectiveness of sealant-a meta-analysis / J.C. Llodra, M. Bravo, R.M. Delgado // Community Dent. Oral Epidemiol. - 2013. - Vol. l, № 5. - P. 261-268.

[38]Дахкильгов, М. У.-Г. ЭпидемиологическоеисследованиераспространённостиииинтенсивностизаболеванийзубовипародонтаунаселенияреспубликиИнгушетия, определениепотребностивстоматологическойпомощи / М.У-Г. Дахкильгов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2011. - 24 с. Caryalho, J.C. Results after 1 year of non-operative occlusal caries treatment of erupting permanent first molars / J.C. Caryalho, K.R. Ekstrand, A. Thylstrup // Community Dent. Oral.Epidemiol. - 2011. - Vol. l9. - P. 23-28. Clarkson, J. A European view of fluoride supplementation / J. Clarkson // Br. Dent. J. - 2012. - Vol. 172, № 9. - P. 357. Cohen, L.A. Community-based sealant programs in the United States: results of a survey / L.A. Cohen, A.M. Horowitz // J. Public. Health. Dent. - 2013. - Vol. 53, № 4. - P. 241-245. Glass, R.L.A clinical trial of two fluoride dentifrices in an area of low caries prevalence / R.L. Glass, M.N Naylor // Community. Dent. Health. - 2007. - Vol. 14, № 2. - P. 74-78.

специализированных организаций, а работа клиник общей практики (в США такой подход внедрен и реализован с самого начала)[39].

Действительно, качественные материалы и инструменты, отработанные технологии и к тому же непрекращающийся научный поиск позволяют говорить о том, что при правильной организации работы и полном выполнении требований имплантологические операции превращаются в услугу с гарантированным результатом[40] .

В отечественной стоматологии подъем имплантологии относится к началу 80-х годов. Только благодаря активности энтузиастов практиков и отдельных исследователей в различных регионах бывшего СССР: Украина (С.И. Криштаб, В.В: Лось), Прибалтика (С.П. Чепулис, О.Н. Суров), Сибирь (М.З. Миргазизов, Ф.Т. Темерханов, В.Н. Олесова, В.В. Воробьев), Кавказ (А.Б. Городецкий) имплантация продолжает свое развитие [41].

В 1981 года на съезде стоматологов в Ташкенте было признано отставание советской стоматологии в области имплантологии и в решениях съезда отмечена необходимость развития данного направления в СССР. Под прессом рекламных публикаций газет Минздрав СССР был вынужден собрать специальное совещание по проблемам имплантологии. Совещание стало поворотным пунктом в развитии отечественной имплантологии. После него 4 марта 1986 года Минздрав СССР издал приказ №30 «О мерах по

[39]Bratthall, D. A study into the prevention of fissure caries using an antimicrobial varnish / R. Bratthall, R. Serinirach, S. Rapisuwon et al. // Int. Dent. J. - 2005. - Vol. 45, № 4. - P. 245-254. Buttner, M. What physicians should currently observe in the area of dental health / M. Buttner // Gesundheitswesen. - 2005. - Vol. 57, № 11. - P. 741-743. Green, J.C. The simplified oral hygiena index / J.C. Green, J.K. Vermillion // J. Amer. Dent. Ass. - 1964. - Vol. 68, № l. - P.7-13.

[40]Хетагурова, Л.К. РаспространенностьзубочелюстныханомалийиорганизацияортопедическойпомощидетскомунаселениюреспубликиСевернаяОсетия – Алания / Л.К. Хетагурова // Автореф. дис. .. канд. мед. наук. - Москва, 2006. - 27 с. Holtta, P. Effeetof supervised use of a fluoride toothpaste on caries incidence in pre-school children / P. Holtta, S. Alaluusua // Int. J. Paediatr. Dent. - 2010. - Vol. 2, № 3. - R. 145-149.

[41] Сунцов, В.Г. Результаты эпидемиологических исследований кариеса зубов у детей сибирского региона / В.Г. Сунцов // Стоматология. - 2007. - № 2. - С. 43-46.

внедрению в практику метода ортопедического лечения с использованием имплантатов»[42].

Таким образом, в соответствии с новым отношением министерства к имплантологии образовались и новые структуры: лаборатории (Каунас, О.Н. Суров), отделения имплантологии (Москва, А.И. Матвеева), республиканские центры (Коканд, П.А. Мансуров; Ангарск, В.В. Трофимов). Позже начали появляться имплантологические центры и кабинеты в Москве, Киеве, Кемерово, Самаре, Санкт-Петербурге[43].

Продолжается поиск и новых материалов для имплантации. Так Сибирские исследователи (В.Э. Гюнтер, Томск) обосновали применение сплава никелида титана со сквозной пористостью и эффектом формовосстановления в качестве материала для имплантатов[44].

В соответствии с приказом Минздрава СССР и планами работы ЦНИИС отечественная промышленность начинает выпуск первой партии имплантатов и инструментов («ВНИИМТ»). Все это способствует внедрению плоских имплантатов в практику стоматологических клиник нашей страны [45].

Стимулировать развитие имплантологии в России путем создания узкопрофессиональных ассоциаций имплантологов не увенчалось успехом. Однако, определенные положительные результаты были достигнуты[46]

В 1993 года, после учреждения Общероссийской Стоматологической Ассоциации и появления секции имплантологов, начинается ускоренный процесс развития дентальной отечественной имплантологии. Правление

---

[42] Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний: Учебное пособие / Э.М. Кузьмина // М., 2007. – 136 с.

[43] Сунцов, В.Г. Результаты эпидемиологических исследований кариеса зубов у детей сибирского региона / В.Г. Сунцов // Стоматология. - 2007. - № 2. - С. 43-46. Эффективность профилактики кариеса зубов детей дошкольного возраста в городе Иркутске // Вопросы стоматологии: сб. науч. тр. / Иркутский мед.ин-т. - Иркутск, 1994. - Т. 1. - С. 92-95.

[44] Шестаков, В.Т. Теоретические основы и практика формирования профессиональных стандартов в стоматологии / В.Т. Шестаков // Дис. ... докт. мед.наук. - М, 2009. - 343 с.

[45] Сахарова, Э.Б. Эффективность комплексной системы профилактики стоматологических заболеваний у школьников / Э.Б. Сахарова // Дис. … канд. мед.наук. - М., 2004. – 121 с. Улитковский, С.Б. Зубные пасты / С.Б. Улитовский // СПб., Изд. «Человек», 2011. - 272 с.

[46] Сунцов, В.Г. Результаты эпидемиологических исследований кариеса зубов у детей сибирского региона / В.Г. Сунцов // Стоматология. - 2007. - № 2. - С. 43-46.

секции имплантологов в 2000 году разработало «Положение об оказании стоматологической помощи населению с использованием имплантатов», в котором была предпринята попытка объединения в едином документе современных представлений о необходимом оснащении имплантологического приема, уровне квалификации специалистов, особенностей обследования пациентов[47].

Сегодня на отечественном рынке представлено 8 - 9 зарубежных систем имплантатов и: не менее 6-7 отечественных, таких как «ВНИИМТ-имплантат», «Контраст», «Конмет», «Миргазизов», «Плазма Поволжья», «Лико». Системы явились результатом многолетних исследований ученых-имплантолов из различных регионов страны (Москва, Санкт- Петербург, Каунас, Саратов, Самара, Кемерово, Волгоград). В этих практических трудах, наряду с классическими принципами, нашли воплощение и современные подходы - использование механически активного титанового сплава (никелида титана), плазменное напыление биосовместимых композиционных покрытий и ряд других[48].

Российские клиники, как государственные, так и частные, в своей деятельности применяют методы дентальной имплантации, тем самым, подчеркивая высокий уровень своей квалификации и современность используемых способов лечения[49].

---

[47]Максимов, Е.А. Гигиеническая оценка и пути оптимизации централизованного питьевого водоснабжения крупного промышленного города / Е.А. Максимова // Автореф. дис. канд. мед.наук. - Рязань, 1997. - 22 с.

[48] Макеева, И.М. Влияние экологических факторов на состояние органов и тканей полости рта у детей / И.М. Макеева // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2012. - 23 с. Шестаков, В.Т. Профилактика как элемент экономического управления в системе охраны здоровья населения / В.Т. Шестаков // Профилактика стоматологических заболеваний: тез. V съезда стоматологов. - М., 2008. - С. 68-69. Шестаков, В.Т. Организация стоматологической службы в Швеции / В.Т. Шестаков // Новое в стоматологии. - 2008. -№ 7. - С. 8-22. Шестаков, В.Т., Воронин В.Ф. Построение «дерева целей» системы первичной профилактики основных стоматологических заболеваний / В.Т. Шестаков, В.Ф. Воронин // Стоматология. - № 3. - 2011. - С. 57-59.

[49] Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний: Учебное пособие / Э.М. Кузьмина // М., 2007. – 136 с. Лаптева, Л.И. Эффективность профилактики заболеваний пародонта у 12-летних школьников / Л.И. Лаптева // Современные аспекты профилактики и лечения стоматологических заболеваний: тез.докл. - М., 2000. - С. 113-114. Макеева, И.М. Влияние экологических факторов на состояние органов и тканей полости рта у детей / И.М. Макеева // Автореф. дис. канд. мед.наук. - М., 2012. - 23 с. Сунцов, В.Г. Результаты эпидемиологических

Сегодня практически во всех регионах страны применяют разнообразные дентальные имплантаты[50]. В Москве метод дентальной имплантации применили еще в 1997 году более чем в двадцати клиниках[51]. В настоящее время существует много стоматологических учреждений с частичным участием иностранных специалистов или полностью принадлежащих иностранным компаниям и гражданам, в которых занимаются оральной имплантологией[52].

Безусловно, широкое внедрение и распространение метода зубной имплантации благоприятно для пациентов, так как позволяет им получить максимально возможный уровень реабилитации, добиться функционального комфорта и высокого эстетического эффекта[53]. В то же время, при повышенном интересе и спросе на дентальную имплантацию, среди врачей, ее осуществляющих, оказываются и те, кто не имеет соответствующих знаний, навыков, уровня специализации [54].

Зачастую, неоправданное расширение показаний к применению данного метода, обусловлено недостатком клинического опыта врача, либо соображениями коммерческого характера, что приводит к увеличению частоты осложнений и может дискредитировать дентальную имплантацию как среди стоматологов, так и среди пациентов[55].

исследований кариеса зубов у детей сибирского региона / В.Г. Сунцов // Стоматология. - 2007. - № 2. - С. 43-46.

[50] Там же.

[51] Тимонов, М.А. Изучение эффективности фторирования питьевой воды для профилактики заболеваний зубов у населения Московской области / М.А. Тимонов // Стоматология. - 2005. - № 6. - С. 71-73.

[52] Боровский, Е.В. Влияние минерализирующих растворов на состояние эмали и поражение зубов кариесом / Е.В. Боровский, Ю.А. Агафонов // Стоматология.-2013. - № 2. - С. 58-59. Blinkhorn, A.S. Caries prevention. A continued need worldwide / A.S. Blinkhorn, R.M. Davies // Int. Dent. J. - 2006. - Vol. 46, № 3. - P. 119-125.

[53] Профилактика стоматологических заболеваний у беременных женщин и детей раннего возраста: метод.рекомендации. - М., 2009. - 36с.

[54] Аширов, К.А. Динамика свойств эмали постоянных зубов у детей различного возраста при применении фторсодержащих зубных паст / К.А. Аширов//Стоматология. - 2014. - № 2. - С. 15-17.

[55] Пожарицкая, М.М. Роль слюны в физиологии и развитии патологического процесса в твёрдых и мягких тканях полости рта. Ксеростомия / М.М. Пожарицкая // М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2011. - 48 с. Тупикова, Л.Н. Проблемы и возможности улучшения или сохранения стоматологического здоровья в условиях реформирования экономики / Л.Н. Тупикова // Автореф. дис. д-ра мед.наук. - Санкт-Петербург, 2002. - 34 с. Ушаков, Р.В. Микрофлора полости рта и её значение в развитии

К тому же, наряду с правильными подходами к производству и внедрению имплантатов (разработка собственных конструкций имплантатов и освоение приобретенных импортных систем), есть примеры прямого заимствования зарубежных и отечественных моделей, что противоречит этическим и юридическим нормам[56].

В клинической стоматологии существуют факты применения имплантатов, неизвестно, как и где изготовленных «народными умельцами». Можно ли себе позволить пользоваться такими моделями только лишь по причине их низкой себестоимости? Последствия их применения самые негативные - от простого отторжения, до развития тяжелейших воспалительных процессов[57]. Такое состояние дел таит в себе большую опасность дискредитации имплантологии в России. Необходимо помнить, что только высококачественные имплантаты - залог благополучного и безупречного результата[58].

Отечественная имплантологическая служба достаточно молодая, поэтому в ее организации есть немало нерешенных проблем[59].

стоматологических заболеваний / Р.В. Ушаков, В.Н. Царев // Стоматология для всех. - 2008. - № 3(4). I. - С. 22-27.

[56] Сунцов, В.Г. Вопросы организации индивидуализированной профилактики в условиях стоматологической поликлиники / В.Г. Сунцов, В.А. Дистель, В.Д. Вагнер [и др.] // Стоматология. - 2006. - Спец. Выпуск. - С. 33. Сунцов, В.Г. Результаты эпидемиологических исследований кариеса зубов у детей сибирского региона / В.Г. Сунцов // Стоматология. - 2007. - № 2. - С. 43-46.

[57] Григорьева, Е.Е. Значение кратности санации полости рта в профилактике одонтогенных очагов у школьников / Е.Е. Григорьева // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2011. – 19 с. Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний / Э.М. Кузьмина // М., МГМСУ. - 2011. - 189 с.

[58] Бажанов, Н.Н. Использование иммунологических показателей для оценки тяжести течения пародонтита и эффективности лечения / Н.Н. Бажанов, Г.П. Тер-Асатуров, В.Ю. Кассин [и др.] // Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 15-18. Кузьмина, Э.М. Критерии оценки состояния полости рта и эффективности различных средств профилактики стоматологических заболеваний / Э.М. Кузьмина //Метод.реком. / М., ММСИ.-2006. - 36 с.

[59] Леонтьев, В.К. Кариес и процессы минерализации. (Разработка методических подходов, молекулярные механизмы, патогенетическое обоснование принципов профилактики и лечения) / В.К. Леонтьев // Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. - М., 1978. – 45 с. Максимов, Е.А. Гигиеническая оценка и пути оптимизации централизованного питьевого водоснабжения крупного промышленного города / Е.А. Максимова // Автореф. дис. канд. мед.наук. - Рязань, 1997. - 22 с. Пахомов, Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии / Г.Н. Пахомов // М.: Медицина, 1982. - 240 с. Сахарова, Э.Б. Приоритеты индивидуальной профилактики / Э.Б. Сахарова // Стоматологии для всех. - 2011. - № 2. - С. 20-21. Сунцов, В.Г. Результаты эпидемиологических исследований кариеса зубов у детей сибирского региона / В.Г. Сунцов // Стоматология. - 2007. - № 2. - С. 43-46.

Алгоритм при организации и оказании имплантологической помощи населению и экспертизы в лицензионно-аккредитационных комиссиях субъектов Федерации базируется на «Положении об оказании стоматологической помощи населению с использованием имплантатов» 2000 года и его рекомендуют использовать в качестве руководства[60].

Несомненно, введение лицензирования ЛПУ, занимающихся стоматологической имплантацией, следует рассматривать как положительное явление. Это позволит упорядочить внедрение дентальной имплантации в стоматологическую практику и устранить опасность дискредитации имплантологии в нашей стране. Лицензирование защитит не только врача, но и пациента от ошибок и осложнений, поскольку имплантацией будут заниматься хорошо подготовленные специалисты - профессионалы, в современных специализированных учреждениях для оказания высококвалифицированной стоматологической помощи[61].

В настоящее время экспертиза при лицензировании и аккредитации существующих и вновь открываемых имплантологических подразделений диктует необходимость создания профессиональных стандартов[62].

Axelsson, P. Diagnosis and risk prediction of dental caries. / P. Axelsson // Quintessence Publishing Co, Inc. - 2010. - P. 307.

[60] Максимов, Е.А. Гигиеническая оценка и пути оптимизации централизованного питьевого водоснабжения крупного промышленного города / Е.А. Максимова // Автореф. дис. канд. мед.наук. - Рязань, 1997. - 22 с.

[61] Борданова, Т.М. Возможность прогнозирования кариеса зубов у детей дошкольного возраста / Т.М. Борданова // Актуальные проблемы медицины: тез.краевой науч. конф. стоматологов. - Ставрополь, 2005. - С. 239- 241. Букреева, Н.М. Организация гигиенического обучения и воспитания детей и подростков и программах комплексной профилактики стоматологических заболевании: Метод, рекомендации / Н.М. Букреева, В.К. Леонтьев, В.Г. Сунцов // М., 2011. - 58 с. Васильев, В.Г. Гигиеническое воспитание детей различного возраста: метод.рекоменд. / В.Г. Васильев, Г.И. Саблина, В.Ю. Лебединский [и др.] // Иркутск, 2009. - 43 с. Цимбалистов, А.В. Профессиональная гигиена полости рта / А.В. Цимбалистов, Г.Б. Шторина, Е.С. Михайлова // С-Петербургский институт стоматологии, 2002. - 48 с.

[62] Григорян, А.А. Роль рекламы в повышении уровня обращаемости населения за стоматологической помощью / А.А. Григорян // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - Москва, 2004. – 22 с. Кузьмина, Э.М. Сравнительная оценка эффективности разных видов герметиков для профилактики кариеса постоянных зубов у детей в системе санации полости рта / Э.М. Кузьмина, С.А. Васина, М.А. Стасенкова // Стоматология. - 2007. - № 5. - С. 58-60. Arakawa, H. Oral fluoride reside after fluoride mouthrinsing by kindergarten / H. Arakawa // Dentistry in Japan. - 2014. - Vol.31. - P. 74-77. Arends, J. Nature and role of loosely bound fluoride in dental caries / J. Arends, J. Christoffersen // J. Dent. Res. - 2010. - Vol. 69. - P. 601-605.

Сегодня в стоматологической имплантологии нет общепринятых критериев медицинской эффективности, доведенных до уровня стандартов [63]. Необходимость разработки этих стандартов вызвана растущей стоимостью стоматологической помощи при ограниченных возможностях финансирования, обилием разнородной информации о доступных технологиях, что усложняет процесс принятия клинических решений, высокой частотой использования «лишних» услуг без должных показаний, отсутствием согласованного мнения у специалистов относительно тех или иных методов профилактики, диагностики и лечения, а также сложностью контроля за результатом лечения [64].

Применяемые стандарты состоят из двух разделов - общего и частного[65]. Общий раздел содержит требования к стандартизации условий проведения лечебно-диагностических вмешательств, т.е. стандарты необходимого объема знаний и практических навыков врачей, требования к помещению, оборудованию инструментам и материалам[66]. В частном разделе

---

[63] Леонтьев, В.К. Кариес и процессы минерализации. (Разработка методических подходов, молекулярные механизмы, патогенетическое обоснование принципов профилактики и лечения) / В.К. Леонтьев // Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. - М., 1978. – 45 с. Пахомов, Г.Н. Разработка и внедрение проектов фторирования молока для профилактики кариеса зубов у детей на территории Российской Федерации / Г.Н. Пахомов, А.Г. Колесник, Э.М.Кузьмина [и др.] // Материалы IIсъезда Стоматологической ассоциации (Общероссийской), Волгоград, 23-25 мая 1994 г. - Екатеринбург, 1995. - С. 61-67. Пашаев, К.П. Динамика поражённости кариесом зубов и болезнями пародонта у населения разных территориально-административных зон Таджикистана / К.П. Пашаев, А.В. Алимский, Г.Г. Ашуров [и др.] // Стоматология. - 2007. - № 5. - С. 62-64. Тармаева, С.В. Поражаемость зубов кариесом у женщин при осложненной беременности в регионе западной Сибири / С.В. Тармаева, В.Н. Никулин, Л.А. Воронина [и др.] // Актуальные вопросы охраны материнства и детства: материалы международной конференции. - Иркутск, 2012. - С. 106-107.

[64]Боровский, Е.В. Распространенность и интенсивность кариеса зубов и болезней пародонта среди школьников различных регионов страны / Е.В. Боровский, Э.М. Кузьмина, С.А. Васина // Стоматология. - 2007. - № 5. - С. 82-85. Боровский, Е.В. Леонтьев В.К. Биология полости рта / Е.В. Боровский, В.К. Леонтьев // М.: Медицина, 2011. - 304 с. Лукиных, Л.М. Мотивация ребенка на уход за полостью рта. Возможна ли она? / Л.М. Лукиных // Актуальные проблемы хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии, терапевтической стоматологии: сб. науч. тр. – МГМСУ. - М., 2008. - С. 110-112.

Тармаева, С.В. Поражаемость зубов кариесом у женщин при осложненной беременности в регионе западной Сибири / С.В. Тармаева, В.Н. Никулин, Л.А. Воронина [и др.] // Актуальные вопросы охраны материнства и детства: материалы международной конференции. - Иркутск, 2012. - С. 106-107.

[65] Сунцов, В.Г. Результаты эпидемиологических исследований кариеса зубов у детей сибирского региона / В.Г. Сунцов // Стоматология. - 2007. - № 2. - С. 43-46.

[66] Водолацкая, А.М. Оценка изменения в системе «слюна-зубной налет-эмаль» при прогнозировании кариеса зубов у детей / А.М. Водолацкая // Профилактика и лечение болезней

стандартов отражены требования к каждому этапу комплексного лечения с использованием имплантатов. К ним относят схемы лечения при различных видах адентии[67], а также «Протокол ведения больных с применением дентальной имплантации»[68]. Эти нормативные документы системы стандартизации, регламентирующие требования к стоматологической имплантации в различных клинических ситуациях, определяют взаимную ответственность врача-стоматолога и пациента в соблюдении стандартов лечения и носят рекомендательный характер.

В медицинской литературе описаны различные подходы к оценке эффективности лечения зубочелюстной патологии с применением дентальных имплантатов: клинико-статистические клинические, клинико-рентгенологические, функциональные и др. [69]. Еще в 1978 году участники Гарвардской конференции в качестве критериев успешности дентальной имплантации рекомендовали использовать показатели подвижности имплантатов (менее 1 мм в каждом направлении), рентгенологическую

зубов и пародонта: сб. науч. тр. - Ставрополь, 2012. - С. 69-73. Максимов, Е.А. Гигиеническая оценка и пути оптимизации централизованного питьевого водоснабжения крупного промышленного города / Е.А. Максимова // Автореф. дис. канд. мед.наук. - Рязань, 1997. - 22 с. Сунцов, В.Г. Стоматологическая профилактика у детей / В.Г. Сунцов, В.К. Леонтьев, В.А. Дистель [и др.] // М.: Мед.книга; Н.Новгород: Изд-во НГМА. - 2011. - 344с

[67] Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10. 3-е изд-е. // ВОЗ, Женева, 1997. - 248с. Набатова, Т.А. Роль стоматологического просвещения родителей в поддержании здоровья полости рта детей / Т.А. Набатова // Дис.канд. мед.наук. - М., МГМСУ. - 2000. Сахарова, Э.Б. Эффективность комплексной системы профилактики стоматологических заболеваний у школьников / Э.Б. Сахарова // Дис.канд. мед.наук. - М., 2004. – 121 с.

[68] Организация профилактики основных стоматологических заболеваний: метод, указания. - М., 1986. - 29 с. Тармаева, С.В. Поражаемость зубов кариесом у женщин при осложненной беременности в регионе западной Сибири / С.В. Тармаева, В.Н. Никулин, Л.А. Воронина [и др.] // Актуальные вопросы охраны материнства и детства: материалы международной конференции. - Иркутск, 2012. - С. 106-107.

[69] Леонтьев, В.К. Кариес и процессы минерализации. (Разработка методических подходов, молекулярные механизмы, патогенетическое обоснование принципов профилактики и лечения) / В.К. Леонтьев // Автореф. дис. д-ра мед.наук. - М., 1978. – 45 с. Набатова, Т.А. Роль стоматологического просвещения родителей в поддержании здоровья полости рта детей / Т.А. Набатова // Дис. канд. мед.наук. - М., МГМСУ. - 2000.Павлов, Н.Б. Изучение стоматологической заболеваемости и нуждаемости в специализированной помощи работников нефтегазодобывающей промышленности / Н.Б. Павлов// Автореф. дис. канд. мед.наук. - Москва, 2004. – 26 с.Axelsson, P. Theeffectofaneworalhygienetrainingprogramonapproximalcariesin 12-15-year-oldBrazilianchildren: resultsafterthreeyears / P. Axelsson, Y. A. Buischi, M.F. Barbosaetal. // Adv. Dent. Res. - 2014. - Vol. 8, № 2. - P. 278-284. Lussi, A. Validity of diagnostic and treatment decisions of fissure caries / A. Lussi // Caries Res. - 2011. - Vol. 25, № 4. - P. 296-303.

характеристику убыли кости (менее 1/3 длины имплантата), клинические признаки - консервативное устранение гингивита, отсутствие патологических изменений нервов, верхнечелюстных пазух, носовой полости, отсутствие симптомов инфекции, и, наконец, при этом после 5 лет успех достигает 75% [70].

Позже T. Albrektssonи соавторы, а также D. Smithи G. Zarbдетализировали и расширили эти критерии, в целом ужесточив их: отсутствие клинической подвижности одиночных и не блокированных имплантатов; отсутствие рентгенологических периимплантатных изменений; при этом средняя убыль кости через год после операции должна быть менее 0,2 мм; отсутствие болей, инфицирования, невропатии, парестезии или повреждения нервных каналов; и обязательно, эстетическая удовлетворенность протетической реабилитацией. К тому же после 5 лет успех должен наблюдаться в 85 % и 80 % - после 10 лет [71]. Для объективизации критериев успешности лечения H. Spiekermannпредложил использовать показатели периотеста (от - 8 до +10) и измерения глубины десневых карманов (не более 5 мм за 2 контрольных обследования)[72].

В нашей стране М.З. Миргазизовым был предложен следующий критерий оценки эффективности имплантации - показатель функционирования имплантатов (ПФИ), позволяющий определять по

---

[70] Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10. 3-е изд-е. // ВОЗ, Женева, 1997. - 248с. Набатова, Т.А. Роль стоматологического просвещения родителей в поддержании здоровья полости рта детей / Т.А. Набатова // Дис. … канд. мед.наук. - М., МГМСУ. - 2000. «О комплексной программе развития стоматологической помощи в СССР до 2000г.». Приказ Минздрава СССР от 18.11.1988г. - М., 1988. - 45 с.

[71] «О комплексной программе развития стоматологической помощи в СССР до 2000г.». Приказ Минздрава СССР от 18.11.1988г. - М., 1988. - 45 с. Павлов, Н.Б. Изучение стоматологической заболеваемости и нуждаемости в специализированной помощи работников нефтегазодобывающей промышленности / Н.Б. Павлов// Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - Москва, 2004. – 26 с. Bowen, W.H. Residualeffectsoffluorideonaseverecariogenicchallengeinrats / W.H. Bowen, S.K. Pearson // CariesRes. - 2004. - Vol. 28, № 4. - P. 246-250. Dunipace, A.J. An in vitro model for studying the efficacy of fluoride dentifrices in preventing root caries / A.J. Dunipace, W. Zhang, A.J. Beiswanger // Caries. Res. - 2014. - Vol. 28, № 5. - P. 315-321.

[72] Lukinych, L. The use of ozone for the intensification and optimization of oral hygiene / L. Lukinych, S. Kosjuga // Proceeding of 2nd International Symposium on Ozone applications. - Havana. - 2007. - P. 68-69. Lussi, A. Validity of diagnostic and treatment decisions of fissure caries / A. Lussi // Caries Res. - 2011. - Vol. 25, № 4. - P. 296-303.

клиническим признакам (подвижность имплантата, воспаление десны вокруг него, наличие костных карманов, отсутствие болей и оценка опорной функции) состояние каждого имплантата в динамике. Оценка производилась по бальной системе: 0; 0,25; 0,5; 0,75; 1,0[73].

В.Л. Параскевич при анализе статистической результативности имплантологической реабилитации рекомендует рассчитывать следующие показатели:

- соотношение установленных и удаленных имплантатов (показатель их выживаемости);
- соотношение общего числа пациентов, проходивших лечение; и пациентов, у которых не был достигнут искомый результат (показатель успешности лечения с использованием имплантатов);
- «связанная» статистика по отношению к числу больных с определенным состоянием имплантатов[74].

По результатам собственного мониторингового исследования, проведенного в течение 3-х лет, М.Д. Перова обосновала свои критерии оценки эффективности:

- удельный вес положительных результатов в сроки до 3-х лет составляет не менее 92 %;
- допустимый уровень маргинальной костной потери при стабильной искусственной опоре и плотной околоимплантатноймягкотканной манжетке находится в диапазоне значений 1,5 - 2,4 мм по окончании периода заживления; через 3 года прирост потери костных структур не превышает 0,3 мм;

---

[73] Леонтьев, В.К. Кариес и процессы минерализации. (Разработка методических подходов, молекулярные механизмы, патогенетическое обоснование принципов профилактики и лечения) / В.К. Леонтьев // Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. - М., 1978. – 45 с. Леонтьев, В.К. Структурные свойства слюны при моделировании кариесогенной ситуации / В.К. Леонтьев, М.В. Галиулина, И.В. Ганзина [и др.] // Стоматология. – 2006. - № 2. - С. 9-11.

[74] Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10. 3-е изд-е. // ВОЗ, Женева, 1997. - 248с. Набатова, Т.А. Роль стоматологического просвещения родителей в поддержании здоровья полости рта детей / Т.А. Набатова // Дис. канд. мед.наук. - М., МГМСУ. - 2000.

- разрушение кости, достигшее 30% и более длины имплантата, является показанием к применению - терапии, направленной на создание условий для репаративной регенерации костной ткани в области очага ее деструкции [75].

В литературе также описаны лабораторно-инструментальные методы оценки функционального состояния имплантата включающие: определение плотности кости (денситометрия), ультразвуковую диагностику, исследование десневой жидкости, гнатодинамометрию, функциональные пробы и др. Ценность этих методов не вызывает сомнений, однако они труднодоступны для использования в широкой клинической практике[76].

Медицинская эффективность, как известно, связана с качеством лечения[77]. В этом направлении также разработаны некоторые оригинальные подходы, например, концепции зубного протезирования, в т.ч. с использованием имплантатов, и критерии оценки качества инструментального обеспечения[78].

---

[75]Пашаев, К.П. Динамика поражённости кариесом зубов и болезнями пародонта у населения разных территориально-административных зон Таджикистана / К.П. Пашаев, А.В. Алимский, Г.Г. Ашуров [и др.] // Стоматология. - 2007. - № 5. - С. 62-64.

[76] Козичева, Т.А. Клиническое обоснование применения средств профилактики основных стоматологических заболеваний в различных возрастных группах населения / Т.А. Козичева // Дис. … канд. мед.наук. - М., ММСИ. - 1999. Леонтьев, В.К. Кариес и процессы минерализации. (Разработка методических подходов, молекулярные механизмы, патогенетическое обоснование принципов профилактики и лечения) / В.К. Леонтьев // Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. - М., 1978. – 45 с. Павлов, Н.Б. Изучение стоматологической заболеваемости и нуждаемости в специализированной помощи работников нефтегазодобывающей промышленности / Н.Б. Павлов// Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - Москва, 2004. – 26 с. Сарап, Л.Р. Активность кариеса у лиц разного пола и возраста при различных уровнях резистентности зубов / Л.Р. Сарап // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - Омск, 1996. - 25с.

[77] Галиуллин, А.Н. Основные принципы организации медико-социальной профилактики стоматологических заболеваний у детей / А.Н. Галиуллин, И.И. Гиниятуллин // Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны: тр. ЦНИИС. - М. - 2009. - С. 111-113. Кузьмина, Э.М. Опыт проведения программы фторирования молока для профилактики кариеса профилактики стоматологических заболеваний: сб. науч. тр. / Э.М. Кузьмина, В.И. Зимина, М. Хутыз // Рязань, 2009. - С. 23-24. Леонтьев, В.К. Организация стоматологической помощи населению и перспектива ее развития в новых условиях хозяйствования / В.К. Леонтьев // Стоматология. - 2008. - № 2. - С. 4-11. Рождественская, Н.В. Эффективность профилактики и лечения кариеса зубов у детей раннего возраста / Н.В. Рождественская // Автореф. дисс. канд. мед.наук. - Волгоград, 2010.-18с. Самоделкина, В.Я. Система гигиенического воспитания взрослого населения в профилактике воспалительных заболеваний пародонта и совершенствование методов их лечения / В.Я. Самоделкина // Автореф. дис. канд. мед.наук. - Пермь, 2011. - 17с.

[78] Лемецкая, Т.И. Клинико-экспериментальное обоснование классификации болезней пародонта и патогенетические принципы лечебно-профилактической помощи больным с патологией пародонта / Т.И. Лемецкая // Дис. ... д-ра.мед. наук в виде научного доклада. - М., 2008. – 62 с. Леонтьев,

В настоящее время современные технологии имплантации и протезирования позволяют обеспечить эффективность имплантации в 95%-98% случаев в первые5 - 6 лет и в 90 % случаев - до 10 лет после проведения операции[79].

Внедрение метода дентальной имплантации в повседневной стоматологической практике поднимает актуальную проблему совершенствования принципов организации имплантологической службы, включая создание единой нормативной базы[80]. Поэтому недооценка организационных аспектов оральной имплантологии, как сложного вида стоматологической помощи, может способствовать неудачам и снижению рейтинга ЛПУ[81].

Сведения об эффективных моделях организации имплантологической помощи на уровне стоматологического учреждения, к сожалению, в медицинской литературе практически отсутствуют Публикации об опыте работы стоматологических учреждений с дентальными имплантатами

В.К. Кариес и процессы минерализации. (Разработка методических подходов, молекулярные механизмы, патогенетическое обоснование принципов профилактики и лечения) / В.К. Леонтьев // Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. - М., 1978. – 45 с. Леонтьев, В.К. Программа профилактики в стоматологии в новых политико-экономических условиях России / В.К. Леонтьев // Новое в стоматологии. - 2004. - Спец. вып. - С. 5-10.

[79] Кузьмина, Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России и принципы планирования программ профилактики / Э.М. Кузьмина, С.А. Васина, Е.С. Петрина // Стоматология. - Спец. ВЫП. - 2006. - С. 11-12. Леонтьев, В.К. Кариес и процессы минерализации. (Разработка методических подходов, молекулярные механизмы, патогенетическое обоснование принципов профилактики и лечения) / В.К. Леонтьев // Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. - М., 1978. – 45 с. Delafons, G.S. Ozonetherapyofcariesprevention / G.S. Delafons // ProceedingoftheIXWorldCongress. - New-York, 2010. - Vol. 3. - P. 16-22. Duckworth, R.M. Oral fluoride measurements for estimation of the anti-caries efficacy of fluoride treatments / R.M. Duckworth, S.N. Morgan, R.J. Gilbert // J. Dent. Res. - 2012. - Vol. 71, Spec. No. - P. 836-840. Edgar, W.M. Saliva stimulation and caries prevention / W.M. Edgar, S.M. Higham, R.H. Manning // Adv. Dent. Res. - 2014. - Vol. 8, № 2. - P. 239-245.

[80] Кузьмина, Э.М. Критерии оценки состояния полости рта и эффективности различных средств профилактики стоматологических заболеваний / Э.М. Кузьмина // Метод.реком. / М., ММСИ. - 2006. - 36 с. Кулаков, А.А. Организация системы профилактики основных стоматологических заболеваний детского населения России» Концепция / А.А. Кулаков, В.Т. Шестаков, А.Г. Колесник [и др.] // М. - 2006. Руденко, М.М. Зависимость течения кариеса зубов у школьника от ряда факторов риска / М.М. Руденко // Стоматология. - 2009. - № 6. - С. 25-27.

[81] Леус, П.А. Коммунальная стоматология / П.А. Леус // ОАО «Брестская типография», 2010. - 284 с. Леонтьев, В.К. О характере воздействия некоторых химических веществ на активность микрофлоры мягкого зубного налета / В.К. Леонтьев, Ю.А. Петрович, Л.Н. Круглова // Стоматология. - 2007. - № 3. - С. 5-11. Марталер, Т.М. Фторирование соли (обзор) / Т.М. Марталер // Новое в стоматологии. - 2014. - № 2. - С. 15. Пахомов, Г.Н. Фторирование молока для профилактики кариеса. // М. - Ж., 1998.

сводятся в основном к анализу статистических данных, эффективности применения той или иной системы имплантатов, развития осложнений, внедрения новых технологий, позволяющих расширить показания к использованию метода, а также анализу применяемых ортопедических конструкций на имплантатах[82].

К тому же и большинство нормативных документов, касающихся дентальной имплантации, носят больше рекомендательный характер и до сих пор находятся в стадии активного обсуждения. Например, А.А. Кураскуа, К.А. Вураки, А. А. Несмеянов высказываются против выдачи отдельной лицензии на право применения метода зубной имплантации в практике лечебного учреждения, независимо от формы собственности, поскольку эндооссальная имплантация не должна и не может существовать отдельно от стоматологии[83].

По мнению М.Д. Перовой, в основу нормативных документов должны быть положены принципиальные «киты», на которых строится организация этого вида помощи, начиная с планирования лечебно-реабилитационного процесса до постановки перманентного наблюдения за пациентами, получившими имплантаты[84].

---

[82] Алимский, А.В. Перспективы развития стоматологической службы в Российской Федерации / А.В. Алимский // Стоматология для всех. - 2004. - № 2. - С. 38-42. Гоменюк, Т.Н. Организация первичной профилактики кариеса зубов среди детей раннего возраста в новых социально-экономических условиях / Т.Н. Гоменюк, И.Т. Сегень // Стоматология. - 2006. - Спец. вып. - С. 18-19. Законодательные основы профессиональной деятельности медицинских работников / Сборник официальных документов. - Изд. «Квартет», 2005. - 227 с. Кондратов, А.И. Новые организационные подходы санитарного просвещения в профилактике стоматологических заболеваний / А.И. Кондратов // Материалы II съезда Стоматологической ассоциации (Общероссийской), Волгоград, 23-25 мая 1994 г. - Екатеринбург, 2005. - С. 71-72. Методы и программы профилактики основных стоматологических заболеваний // Женева, 2006. - 47 с.

[83] Ботвиньева, В.В. Взаимосвязь микрофлоры полости рта и факторов местного иммунитета у детей старшего возраста / В.В. Ботвиньева, Л.К. Катосова, И.П. Брозгунов [и др.] // Здоровый ребенок: сб. науч. тр. - М., 2009. - С. 48. Кузьмина, Э.М. Критерии оценки состояния полости рта и эффективности различных средств профилактики стоматологических заболеваний / Э.М. Кузьмина // Метод.реком. / М., ММСИ. - 2006. - 36 с. Фториды и гигиена полости рта. Доклад Комитета экспертов // ВОЗ, Женева, 1995. - 54с.

[84] «О комплексной программе развития стоматологической помощи в СССР до 2000г.». Приказ Минздрава СССР от 18.11.1988г. - М., 1988. - 45 с.

Согласно ее опыту, основными требованиями к организации проведения стоматологической имплантации в лечебном учреждении являются:

- необходимое техническое оснащение рабочих кабинетов, врачей и зуботехнической лаборатории;
- постановка лечебно-диагностического процесса и последующего наблюдения с учётом уровня профессиональной подготовки участников лечебного процесса (стаж, квалификационная категория); обеспечения преемственности этапов помощи и корректного оформления медико-правовой документации;
- экспертная оценка эффективности стоматологической имплантации, организация контроля качества лечения пациентов врачебной комиссией учреждения на основании стандартных критериев успеха.

В работе практикующих врачей рекомендуют применять алгоритм функционирования имплантационной бригады, включающий основного консультанта-стоматолога (руководителя бригады), стоматолога-хирурга, стоматолога-ортопеда и врача-пародонтолога[85].

В доступной литературе недостаточно освящен вопрос и об уровнях организации стоматологической помощи при дентальной имплантации, адекватной тяжести патологии, и, соответственно, о сложностях оказания комплексной помощи с учетом последующей реабилитации. Этому должна соответствовать определенная организационная структура стоматологической службы и ее ресурсное обеспечение (кадровое, материально-техническое и т.д.)[86].

---

[85]Паршин, И.И. Новый способ исследования органов ротовой полости в клинике терапевтической стоматологии / И.И. Паршин // Современные методы диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний: сб. науч. тр. - Рязань, 1999. - С. 20-21.

[86] Вилова, А.В. Эпидемиологическая заболеваемость зубов кариесом у коренного и пришлого населения Архангельской области / А.В. Вилова, В.П. Зеновский // Современные проблемы стоматологии: сб. науч. тр. / Новосиб. мед.ин-т. - Новосибирск, 2009. - С. 130-131. Водолацкая, А.М. Оценка изменения в системе «слюна-зубной налет-эмаль» при прогнозировании кариеса

Таким образом, проведя анализ данных о дентальной имплантологии в России и за рубежом, можно определить уровень ее развития. Однако для более глубокого понимания процесса, необходимо проследить его основные тенденции. К ним относят: многоуровневое пирамидальное развитие; зарождение опорных пунктов Российской дентальной имплантологии (научных, практических, научно-производственных); интенсивное проникновение методов дентальной имплантаци в разделы стоматологии (ортодонтия, пародонтология, челюстно-лицевая хирургия и ортопедия)[87].

Сегодня существуют все условия для повсеместного внедрения данного вида стоматологической помощи, и это позволяет с большой эффективностью решать проблему восстановления функции и эстетики зубочелюстной системы. Но спрос на услуги дентальной имплантологии во многом зависит от их востребованности пациентами и, следовательно, от их отношения к данному виду стоматологической практики. Во всем мире данные об этом получают на основе медико-социологических исследований.

Анализ данных о частоте практического использования имплантационных методов, изучение общественного мнения пациентов о терапии с применением различных систем имплантатов необходимы и для оценки отечественных достижений в области стоматологической имплантации[88]. Эта оценка базируется на эпидемиологических

зубов у детей / А.М. Водолацкая // Профилактика и лечение болезней зубов и пародонта: сб. науч. тр. - Ставрополь, 2012. - С. 69-73. Зимина, В.И. Эффективность профилактики кариеса зубов у детей при использовании фторированного молока / В.И. Зимина // Дис. … канд. мед.н. - М., ММСИ. - 1997. Мониторинг и оценка оздоровления полости рта: доклад Комитета экспертов ВОЗ // ВОЗ, Женева, 2011. - 73с.

[87] Леонтьев, В.К. Программа профилактики в стоматологии в новых политико-экономических условиях России / В.К. Леонтьев // Новое в стоматологии. - 2004. - Спец. вып. - С. 5-10. Banoczy, J. Effect of fluoridated milk in caries-5-year results / J. Banoczy, P. Zimmermann, E. Hadas // J. Roy. Soc. Health., 2005. - Vol. 105, № 3. - P. 99- 103. Hargreaves, J.A. The level and timing of systemic exposure to fluoride with respect to caries resistance / J.A. Hargreaves // J. Dent. Res. - 2002. - Vol. 71, № 5. - P. 1244-1248.

[88] Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26. Ахатова, Д.М. Эффективность оперативно-восстановительного лечения кариеса зубов у школьников / Д.М. Ахатова, Л.А. Марапова, З.Р. Сейдаметова // Профилактика, лечение кариеса и его осложнений у детей: сб. науч. тр. - Казан, мед.ин-т. - Казань, 2009. - Т. 72. - 169с. Беленова, И.А. Влияние водородного показателя пломбировочных материалов на обмен ионов

исследованиях включающие показатели распространенности и интенсивности заболеваний зубочелюстной системы[89].

Кроме того, необходимо использовать и социологические методы, позволяющие осветить проблему на популяционном уровне[90]. Так, частичная вторичная адентия, относящаяся к числу основных видов патологии полости рта является одним из объектов для подобных исследований. При этом требует подробного изучения и состояние стоматологических мероприятий проводимых при данной патологии. Особенно актуально исследование дентальной имплантации как высокотехнологичного, прогрессивного метода устранения дефектов зубных рядов[91].

кальция в эмали зуба, возникновение рецидивного кариеса / И.А. Беленова // Автореф. дис. … канд. мед.наук. - Воронеж, 2008. - 22с. Manji, F. An epidemiological approach to dental caries / F. Manji, O. Fejerskov // Textbook of clinical cariology. - Copenhagen. - 2014. - P. 159-177.

[89] Абрамова, Н.Е. Теория и практика, применения герметиков в сочетании с реминерализирующими составами при профилактике кариеса зубов у детей / Н.Е. Абрамова, В.А. Дрожжина, Ю.А. Федоров [и др.] // Новое в стоматологии (Спец. выпуск). - 2006. - № 4. - С. 25-40. Аширов, К.А. Динамика функциональных и клинических свойств эмали зубов при применении фторидсодержащей зубной пасты у детей / К.А. Аширов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2005. - 23 с. Иванова, Е.Н. Влияние санитарной культуры родителей на формирование гигиенических навыков у детей / Е.Н. Иванова, А.М. Хамадеева // Кариес зубов и его осложнения: Респуб. конф. стоматолог. - 2008. - С. 89-90. Carpendale, M.T. Is there a role for medical ozone in the treatment of HIV and associated infections / M.T. Carpendale // Proceeding of Ozone World congress / Ozone in Medicine. - San Francisco.-2013.-P.l-45. Gyurkovics, C. Effect of fluoridated milk on caries: 10-year results / C. Gyurkovics, P. Zimmermann, E. Hadas et al. // J. Clin. Dent. - 2012. - Vol. 3, № 4. - P. 121-124.

[90] Беляков, Ю.А. Наследственная патология эмали и дентина. Обзор молекулярно-генетических исследований / Ю.А.Беляков, В.М. Елизаров, В.А.Кротов [и др.] // Стоматология. - 2010. - № 1. - С. 8-9. Гаража, Н.Н. Организация первичной профилактики по предупреждению поражений твердых тканей зубов у лиц, имеющих производственный контакт с солями кадмия / Н.Н. Гаража, Н.В. Шацкая // Стоматология. - 2006. - Спец. вып. - С. 17-18. Кузьмина, Э.М. Без профилактики не обойтись / Э.М. Кузьмина // Стоматология для всех. - 2008. - № 1(2). - С. 4-5.

[91] Бажанов, Н.Н. Использование иммунологических показателей для оценки тяжести течения пародонтита и эффективности лечения / Н.Н. Бажанов, Г.П. Тер-Асатуров, В.Ю. Кассин [и др.] // Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 15-18. Колесник, А.Г. Мониторинг уровня поступления фторида в организм детей, участвующих в трех проектах фторирования молока в России / А.Г. Колесник // Стоматология. - 2007. - № 5. - С. 52-57. Леонтьев, В.К. Социальные и организационные проблемы первичной профилактики в стоматологии и пути их решения / В.К. Леонтьев // Стоматология. - 1986. - № 6. - С. 10-14.

Лукиных, Л.М. Мотивированные формы гигиенического воспитания населения / Л.М. Лукиных // Актуальные проблемы стоматологии: науч. тр. - Рязан. мед.ин-т. - Рязань,2008. - С. 47-50. Bowen, W.H. Are current models for preventive programs sufficient for the needs of tomorrow? / W.H. Bowen // Adv. Dent. Res. - 2005. - Vol. 9, № 2. - P. 77-81.

В клинической практике использование имплантатов является порой единственной возможностью качественного ортопедического лечения[92].По данным ряда авторов 65% населения нашей страны в возрасте 35-45 лет нуждается в зубном протезировании, поэтому терапия дефектов зубных рядов остается актуальной задачей современной стоматологии[93].

Сведения об утрате зубов у мужчин и женщин противоречивы[94]. Однако установлено, что потребность в зубном протезировании у женщин на 20 % выше, чем у мужчин [95].

Выявлено, что для большинства людей трудоспособного возраста определяющим моментом в ортопедическом лечении является вид зубного протеза - съемный или несъемный, поскольку съемное протезирование воспринимается как препятствие к активной профессиональной и социальной деятельности[96]. Пациенты, использующие протезы установленные на

---

[92] Карцев, А.А. Изучение спроса населения на ортопедическую стоматологическую помощь (социологический аспект) / А.А. Карцев // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - Москва, 2006. - 22с. Колесник, А.Г. Мониторинг фторида в стоматологии / А.Г. Колесник // М., 2007. - 120 с. Кузьмина, Э.М. Клиническое изучение влияния зубной пасты с гидроксиапатитом на начальные стадии кариеса зубов у детей / Э.М. Кузьмина, С.А. Васина, Т.А. Козичева // Новое в стоматологии. - 2008. - № 2. - С. 8-11. Пожарицкая, М.М. Роль слюны в физиологии и развитии патологического процесса в твёрдых и мягких тканях полости рта. Ксеростомия / М.М. Пожарицкая // М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2011. - 48 с. Стоматологическое обследование. Основные методы. 4-е изд. // ВОЗ, Женена, 1997.

[93] Аширов, К.А. Динамика функциональных и клинических свойств эмали зубов при применении фторидсодержащей зубной пасты у детей / К.А. Аширов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2005. - 23 с. Виноградова, Т.Ф. Педиатру о стоматологических заболеваниях у детей / Т.Ф. Виноградова // Л.: Медицина, 2012. - 160с. Иванова, Е.Н. Влияние санитарной культуры родителей на формирование гигиенических навыков у детей / Е.Н. Иванова, А.М. Хамадеева // Кариес зубов и его осложнения: Респуб. конф. стоматолог. - 2008. - С. 89-90. Кузьмина, Э.М. Выявление навыков ухода за полостью рта путем анкетирования детей России и Финляндии / Э.М. Кузьмина, С.А. Васина, Т.А. Смирнова [и др.] // Стоматология детского возраста. - 2005. - № 1. - С. 55-56.

[94] Грудянов, А.И. Состояние пародонта у школьников Москвы / А.И. Грудянов, С.А. Кирюхина, В.С. Воробьев // Стоматология. - 2005. - № 6. - С. 16. Bratthall, D. A study into the prevention of fissure caries using an antimicrobial varnish / R. Bratthall, R. Serinirach, S. Rapisuwon et al. // Int. Dent. J. - 2005. - Vol. 45, № 4. - P. 245-254. Carlsson, A. 2-year clinical performance of a fluoride-containing fissure sealant in young schoolchildren at caries risk / A. Carlsson, M. Petersson, S. Twetman // Am. J. Dent.-2012.-Vol.10, №3.-P.115-119. Glady, G. Diverse pathology treated in medical ozone clinic / G. Glady // Proceeding of Ozone World Congress "Ozone in Medicine". - San Francisco, 2013. - P. M-3-l-M-3-4.

[95] Марталер, Т.М. Фторирование соли (обзор) / Т.М. Марталер // Новое в стоматологии. - 2014. - № 2. - С. 15.

[96] Методика учета условных единиц трудоемкости по видам работ врачей стоматологических учрежд. Пр. МинздраваСССРот 17.07.90г. №10-11/76. Borges-Yanez, S.A. Sugar substitutes in the prevention of dental caries; review of the literature / S.A. Borges-Yanez // Pract.Odontol. - 2011. - Vol. 2, № 3.- P. 59-65. Corcho, I. Immune system changes in inflammatory process during ozone therapy

имплантаты, отмечают улучшение своего психологического здоровья по сравнению с предыдущим состоянием при ношении традиционных съемных протезов[97].

В других странах также отмечены высокие показатели потребности в ортопедическом лечении. В 1996 году по результатам национального стоматологического исследования в США 7,3% американцев нуждаются в частичных съемных и 4,7% в полных съемных протезах[98].

Одним из наиболее важных показателей состояния стоматологического здоровья является сохранение собственных зубов. Установлено, что чаще всего отсутствуют зубы из группы моляров[99]. Однако по данным Ц.И. Иолова, при обследовании лиц в возрасте от 35 до 44 лет, разницы между числом сохранившихся зубов на верхней и нижней челюсти не выявлено[100]. Другие исследователи отмечают, что независимо от общей перспективы

---

applications / I. Corcho, F. Hernandez, N. Reyes // Proceeding of 2nd International Symposium on Ozone applications. - Havana. - 2007. - P. 12. Davies, R.M. The role of fluoride dentifrices in a national strategy for the oral health of children (see comments) / R.M. Davies, P.J. Holloway, R.P. Elwood // Br. Dent. J. - 2005. - Vol. 179, № 3. - P. 84-87.

[97] Авраамова, О.Г. Использование фторидсодержащих зубных паст в системе профилактики основных стоматологических заболеваний у детей (Планирование и эффективность) / О.Г. Авраамова // Дис. … докт. мед.наук. - М., 2005. - 252 с. Колесник, А.Г. Химические средства профилактики кариеса зубов / А.Г. Колесник, Т.Л. Пилат // Стоматология. - 2010. - № 1. - С. 86-91. Пахомов, Г.Н. Основы организации стоматологической помощи населению / Г.Н. Пахомов // М.: Медицина, 2013. – 208 с. Сагина, О.В. Распространенность основных стоматологических заболеваний и модель лечебно-профилактической стоматологической помощи сельскому населению / О.В. Сагина // Автореф. дис. канд. мед.наук. - М., 2002. - 25 с.

[98] Макеева, И.М. Влияние экологических факторов на состояние органов и тканей полости рта у детей / И.М. Макеева // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2012. - 23 с. Cate, J.M. InsituModels, Pfysico-Chemicalaspects / J.M. Cate // Adv. Dent. Res., 2014. - Vol. 8, № 2. - 125-133. Holland, T.J. Evaluation of a fortnightly school-based sodium mouth rinse 4 years following its cessation / T.J. Holland, H. Whelton, D.M. O'Mullaneet al. // Caries Res. - 2005. - Vol. 29, № 6. - P. 431-434.

[99] Кузьмина, Э.М. Ситуационный анализ стоматологической заболеваемости как основа планирования программ профилактики / Э.М. Кузьмина // Дис. … докт. мед.наук. - М., ММСИ. - 1995. Cate, J.M. In situ Models, Pfysico-Chemical aspects / J.M. Cate // Adv. Dent. Res., 2014. - Vol. 8, № 2. - 125-133. Driscoll, W.S. A comparison of the caries-preventive effects of fluoride mouth rinsing, fluoride tablets, and both procedures combined: final results after eight years / W.S. Driscoll, R. Nowjack-Raymer, R.H. Selwitz et al. // J. Public. Health. Dent. - 2009. - Vol. 52, № 2. - P. 111-116. Ismail, A.I. A longitudinal evaluation of fissure sealant applied in dental practices / A.I. Ismail, P. Gagnon // J. Dent. Res. - 2005. - Vol. 74, № 9. - P. 1583-1590.

[100] Иванова, Е.Н. Влияние санитарной культуры родителей на формирование гигиенических навыков у детей / Е.Н. Иванова, А.М. Хамадеева // Кариес зубов и его осложнения: Респуб. конф. стоматолог. - 2008. - С. 89-90.

сохранения собственных зубов, с возрастом нарушение целостности зубных рядов и утрата зубов увеличиваются[101].

Данные, полученные из регионов Российской Федерации это подтверждают. Так, в Самаре в возрастной группе 20 - 29 лет адентия выявлена у 74,7% обследованных, в возрастной группе 50-59 лет - у 98,4%, старше 60 лет - у 99,4%[102]. Аналогичная ситуация наблюдается с показателем среднего числа отсутствующих зубов, которая характеризует интенсивность адентии. Число удаленных зубов нарастает от 3,6 ± 0,46 в возрасте 30 —39 лет до-12,3 ± 0,84 в группе лиц старше 60 лет[103]. Не благоприятная картина определяется в исследованиях П.Г. Варламова, А.В. Алимского, которые у сельского населения Якутии установили, что в возрастной группе 20 - 29 лет в зубном ряду в среднем обнаружено 5,2 удаленных зубов и уже в 30 -39 лет их оказывается в 3 раза больше (15,1), а в возрастной группе 60 лет и старше — 19,5. Следовательно, если рассматривать структуру КПУ этого региона в процентном отношении, то зубы, подлежащие удалению, в ней составляют — 5,5 %, а удаленные зубы — 69,9% [104].

В Северо-Восточном округе Москвы состояние стоматологического статуса у взрослого населения также остается не на должном уровне, как и у коренных жителей столицы в целом. Индекс КПУ в среднем на всех обследованных составляет 14,1. Довольно высок и удельный вес зубов, подлежащих удалению (4,4%), а также удаленных зубов, достигающий 20,6% в среднем на всех обследованных. Эти показатели неутешительные, так как

---

[101] Альтернативные системы стоматологического обслуживания: доклад Комитета экспертов ВОЗ // Женева, 2008. - 62с. Боровский, Е.В. Распространенность кариеса зубов и заболеваний пародонта по материалам обследования двух регионов / Е.В. Боровский, И.Л. Евстигнеева // Стоматология. - 1997. - № 4. - С. 64-66. Виноградова, Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога / Т.Ф. Виноградова // М.: Медицина, 2008. - 256 с. Данилевский, Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко // Киев, 2010. - 460 с. Эпидемиология, этиология и профилактика болезней пародонта Доклад научной группы ВОЗ. - Женева: ВОЗ, 2010. - 66 с.

[102] Alfano, R.R.Human teeth with and without dental caries studied by visible luminescent spectroscopy / R.R. Alfano, S.S. Yao // J. Dent. Res. - 2011. - Vol. 60, № 2. - P. 120-122.

[103] Alfano, R.R.Human teeth with and without dental caries studied by visible luminescent spectroscopy / R.R. Alfano, S.S. Yao // J. Dent. Res. - 2011. - Vol. 60, № 2. - P. 120-122.

1. [104]Боровский, Е.В. Распространенность кариеса зубов и заболеваний пародонта по материалам обследования двух регионов / Е.В. Боровский, И.Л. Евстигнеева // Стоматология. - 1997. - № 4. - С. 64-66.

безвозвратная потеря зубов составляет 25% (четвертую часть структуры КПУ)[105].

Показатели интенсивности кариеса у взрослого населения Кемеровской области близки к аналогичным, среднероссийским показателями. В группе 35 - 44 года средне-областной КПУ равен 12,6±2,0 (средне-российский 13,1). У-65-летних и старше соответственно 21,7±2,0 и 21,8. При этом компонент «У» в структуре индекса интенсивности в этих возрастных группах в области увеличивается с 2,75 до 13,2[106].

По мере увеличения возраста пациентов прослеживается повозрастная динамика полученных показателей: если кариес зубов, подлежащий лечению, имеет тенденцию к сокращению, то число удаленных зубов, наоборот, - к росту[107]. Эти особенности вполне закономерны, поскольку они обусловлены увеличением с возрастом потери зубов в связи с нарастанием количества осложнений кариеса, связанных с его не всегда эффективным лечением и ростом числа воспалительных заболеваний пародонта[108].

Эпидемиологические обследования, проводимые неоднократно в разных странах, выявили неудовлетворительный уровень гигиены и состояние полости рта в целом у лиц старших возрастных групп. На первое

---

[105] Абрамова, Н.Е. Теория и практика, применения герметиков в сочетании с реминерализирующими составами при профилактике кариеса зубов у детей / Н.Е. Абрамова, В.А. Дрожжина, Ю.А. Федоров [и др.] // Новое в стоматологии (Спец. выпуск). - 2006. - № 4. - С. 25-40. Алимский, А.В. Стоматологическая помощь детям в регионах с различным содержанием фтора в питьевой воде / А.В. Алимский, Р.К. Алиева // Стоматология для всех. - 2009. - № 6. - С. 44-45.

[106] Шахраманян, К.А. Индивидуализированная профилактика кариеса зубов у дошкольников / К.А. Шахраманян // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - Краснодар, 1996. – 21 с.

[107] Абрамова, Н.Е. Теория и практика, применения герметиков в сочетании с реминерализирующими составами при профилактике кариеса зубов у детей / Н.Е. Абрамова, В.А. Дрожжина, Ю.А. Федоров [и др.] // Новое в стоматологии (Спец. выпуск). - 2006. - № 4. - С. 25-40. Кузнецова, И.В. Стоматологическая заболеваемость населения республики Дагестан и разработка программы профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у детей / И.В. Кузнецова // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - 2002. - 23 с. Bergmann, K.E. Saltfluoridationandgeneralhealth / K.E. Bergmann, R.L. Bergmann, J. Banoczy // Adv. Dent. Res. - 2005. - Vol. 9, № 2. - P. 138-143.

[108] Адмакин, О.И. Стоматологическая заболеваемость населения в различных климато-географических зонах России. // Дис. … канд. мед.наук. - М., ММСИ, 1999. - 210 с. Альтернативные системы стоматологического обслуживания: доклад Комитета экспертов ВОЗ // Женева, 2008. - 62с.

место среди стоматологических изменений выступает утрата зубов с последующими функциональными нарушениями[109].

Немногочисленны эпидемиологические стоматологические исследования в возрастной группе старше 60 лет[110]. Данные, полученные И.К. Луцкой, показали, что в возрасте 60 - 69 лет стоматологически здоровыми могли считаться только 5,5% обследованных, а полная утрата зубов наблюдалась у 9,9%[111].

Результаты Ю.И. Вернадского и соавторов определили, что из тысячи обследованных пожилых пациентов у 636 отмечена полная утрата зубов на обеих или на одной из челюстей[112]. Проведенное Э.М. Кузьминой стоматологическое обследование показало, что среди 35-44 летних пациентов кариес отмечался в 100% случаев при средней интенсивности 11,1, причем компонент «У» в структуре индекса КПУ достигал 80%. Еще более

---

[109] Равинская, А.А. Программа профилактики основных стоматологических заболеваний у рабочих химического производства / А.А. Равинская // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 1998. - 29 с. Bocci, V. Studiesonthebiologicaleffectsofozone: 5.Evalutionofimmunologycalparametersandtolerabilityinnormalvolunteersandreceivingambulatoryautohaemotherapy / V. Bocci, E. Luzzi, F. Corradeschi // Biotherapy. - 2014. - № 7. - P. 83-90. Diez, C. The results of caries prevention in kindergartens / C. Diez, G. Schwarzburg, E. Glockmann // Dtsch. Zahn. Mund.Kieferheilkd.Zentralbl. – 2009. - Vol. 80, № 7-8. - P. 419-421. Edhag, G. Quality assurance in prevention / G. Edhag // Adv. Dent. Res. - 2005. - Vol. 9, № 2. – P. 89-90. Glady, G. Diverse pathology treated in medical ozone clinic / G. Glady // Proceeding of Ozone World Congress "Ozone in Medicine". - San Francisco, 2013. - P. M-3-l-M-3-4.

[110] Алимский, А.В. Географические закономерности распространенности кариеса зубов / А.В. Алимский // Организация стоматологической помощи и вопросы ортопедической стоматологии: тезисы Всесоюз. съезда стоматологов. - М., 1987. - Т. I. - С. 4-5. Бахтурина, Г.И. Применение кальцийсодержащих пищевых добавок в профилактике кариеса зубов у детей дошкольного возраста / Г.И. Бахтурина, В.В. Алямовский // Vсъезд Стоматологической Ассоциации России: сб. науч. тр. - М., 2009. - С. 41-42. Костлан, Я. Стоматологическое обслуживание в Европе / Я.Костлан // Копенгаген: ВОЗ, 1982. - 193 с. Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний: Учебное пособие / Э.М. Кузьмина // М., 2007. – 136 с. Максимова, О.П. Организационные аспекты оставления программ профилактики кариеса у школьников на основе эпидемиологических данных / О.П. Максимова, Н.В. Морозова, Н.М. Елкина // Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны: тр. ЦНИИС. - М.Д. - 2009. - С. 116-119.

[111] Кузьмина, Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России / Э.М. Кузьмина // М.: Информэлектро, 2009. – 228 с.

[112] Бахтурина, Г.И. Применение кальцийсодержащих пищевых добавок в профилактике кариеса зубов у детей дошкольного возраста / Г.И. Бахтурина, В.В. Алямовский // V съезд Стоматологической Ассоциации России: сб. науч. тр. - М., 2009. - С. 41-42. Лаптева, Л.И. Комплексная медико-педагогическая программа профилактики основных стоматологических заболеваний с учетом возрастных психо-физиологических особенностей детей и подростков / Л.И. Лаптева // Дис. канд. мед.наук. - М., МГМСУ. - 2001.

выраженные изменения были обнаружены в возрастной группе пациентов 65 лети старше, в которой индекс КПУ увеличивался до 23,7 и в среднем в полости рта у каждого пожилого человека оставалось всего 5-6 зубов[113].

Исследования И.М. Федяева, среди населения г. Самары выявили, что лишь 53% пациентов с частичным или полным отсутствием зубов имели удовлетворяющие их зубные протезы, остальные пациенты нуждались в качественном ортопедическом лечении [114]. C.E. Mich наблюдал большую группу пациентов с традиционными ортопедическими конструкциями на верхней и нижней челюстях.. По его данным 62,5% пациентов испытывали дискомфорт и ограничения при ношении съемных протезов на нижней челюсти, а 16,5% пациентов из-за полного дискомфорта вынуждены были вообще отказаться от них. Съемные протезы на верхней челюсти создавали неудобства для 32,6% пациентов и 0,9% (по тем же причинам) редко носили свои протезы[115].

Следовательно, по имеющимся эпидемиологическим данным можно заключить, что в Российской Федерации наблюдается высокий уровень распространенности и интенсивности кариеса зубов среди населения, а также установлена большая потребность в различных видах стоматологической помощи, в том числе ортопедической. За последние годы отечественная имплантология стала более известна, однако зубное протезирование с использованием имплантатов не стало общепринятым и доступным методом

---

[113] Кузьмина, Э.М. Ситуационный анализ стоматологической заболеваемости как основа планирования программ профилактики / Э.М. Кузьмина // Дис. докт. мед.наук. - М., ММСИ. - 1995. Кузьмина, Э.М. Выявление навыков ухода за полостью рта путем анкетирования детей России и Финляндии / Э.М. Кузьмина, С.А. Васина, Т.А. Смирнова [и др.] // Стоматология детского возраста. - 2005. - № 1. - С. 55-56.

[114] Alvarez, R.Treatment of primary pioderma with ozonized sunflower oil. Proceeding of 2nd International Symposium on Ozone applications / R. Alvarez, S. Menendez, M. Peguera et al.//- Havana.- 2007. - P. 75.

[115] Авраамова, О.Г. Процессы реминерализации и проницаемости эмали зубов при гигиене полости рта / О.Г. Авраамова // V съезд Стоматологической Ассоциации России: науч. тр. - М. - 2009. - С. 39-40. Holloway, P.J. Joyston-Bechal S. How should we use dietary fluoride supplements? (see comments) / P.J. Holloway, S. Joyston-Bechal // Br. Dent. J. - 2014. - Vol. 177, № 9. - P. 318-320. Holloway, P.J. Cost: benefit of prevention in practice / P.J. Holloway, J.E. Clarkson // Int. Dent. J. - 2014. - Vol. 44, № 4. - P. 317-322. Holst, A. Identification of caries risk children and prevention of caries in pre-school children / A. Holst, L. Martensson, M. Laurin // Swed. Dent. J. - 2009. - Vol. 21, № 5. - P. 185-191.

лечения. На наш взгляд, необходимо совершенствование всех аспектов данного вида стоматологической помощи: научного, организационного, клинического, образовательного и санитарно-просветительного.Но является ли такой статус отечественной дентальной имплантологии следствием внутренних причин ее развития или результатом влияния социальных факторов?

1.2. Развитие дентальной имплантологии в учреждениях различных форм собственности

Современная мировая система здравоохранения, как область производства медицинских услуг, в первую очередь, предусматривает направление рыночных отношений на достижение обеспечения социальных нужд в секторе медицинского обслуживания населения путем усовершенствования элементов и принципов планирования рынка, стимулирования повышения качества медицинских услуг, их постоянного усовершенствования и расширения существующего ассортимента, который обеспечивается эффективностью рационального использования предоставленных ресурсов[116].

По данным ВОЗ, общие затраты на здравоохранение (в % ВВП и в долларах США с учетом паритета покупательной способности на душу населения) в странах Европейского региона, выглядели так*

Германия	10,5% (2794),
Швейцарии	10,4% (2612),
Франции	9,4% (2543)
Бельгия,	8,8% (2181),
Норвегия	7,9% (1905),

[116] Абрамова, Н.Е. Теория и практика, применения герметиков в сочетании с реминерализирующими составами при профилактике кариеса зубов у детей / Н.Е. Абрамова, В.А. Дрожжина, Ю.А. Федоров [и др.] // Новое в стоматологии (Спец. выпуск). - 2006. - № 4. - С. 25-40. Авраамова, О.Г. Процессы реминерализации и проницаемости эмали зубов при гигиене полости рта / О.Г. Авраамова // V съезд Стоматологической Ассоциации России: науч. тр. - М. - 2009. - С. 39-40.

Италия	6,9% (1569),
Великобритания	9,0% (413),
Хорватия	7,3% (1023),
Чехия	6,8% (830),
Венгрия	6,2% (535
Польша	6,1% (543)
Эстония	

**При среднему уровне 3,2% (168) наивысшей показатель зарегистрирован в Украине — 4,2% (107), наиболее низкий — в Российской Федерации — 2,9 (206).*

Необходимость решения первоочередных задач по реформированию системы здравоохранения, в том числе развития многоотраслевых частных клиник, в частности стоматологических, обусловлена тем[117], что в некоторых странах общий объем затрат на душу населения был меньше, чем 5 долларов США при отчислении на здравоохранение всего 6% государственного бюджета, который значительно ниже, чем средний уровень для стран Европейского союза.

Основными требованиями к национальной медицинской, в том числе и стоматологической помощи в высоко экономически развитых странах мира являются ее доступность и качество, удовлетворение нужд пациентов, высокая оплата труда медицинских работников[118].

В последние годы стоматологическая практика и стоматологическое образование, например в Канаде, Франции, Германии, Великобритании, США приобрели глобальный смысл. Известно[119], что для повышения

[117] Авраамова, О.Г. Использование фторидсодержащих зубных паст в системе профилактики основных стоматологических заболеваний у детей (Планирование и эффективность) / О.Г. Авраамова // Дис. … докт. мед.наук. - М., 2005. - 252 с.

[118] Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26. Альтернативные системы стоматологического обслуживания: доклад Комитета экспертов ВОЗ // Женева, 2008. - 62с. Алимский, А.В. Перспективы развития стоматологической службы в Российской Федерации / А.В. Алимский // Стоматология для всех. - 2004. - № 2. - С. 38-42. Ахатова, Д.М. Эффективность оперативно-восстановительного лечения кариеса зубов у школьников / Д.М. Ахатова, Л.А. Марапова, З.Р. Сейдаметова // Профилактика, лечение кариеса и его осложнений у детей: сб. науч. тр. - Казан, мед.ин-т. - Казань, 2009. - Т. 72. - 169с.

[119] Боровский, Е.В. Влияние минерализирующих растворов на состояние эмали и поражение зубов кариесом / Е.В. Боровский, Ю.А. Агафонов // Стоматология. - 2013. - № 2. - С. 58-59.

профессиональной подготовки и квалификации врачей-стоматологов разных специальностей в этих странах действуют государственные и частные программы специализации в пределах университетов, ассоциаций врачей-стоматологов в частных стоматологических клиниках.

В то же время, наличие в этих странах стабильного экономического рынка во всех областях производства, в том числе, и в медицинских стоматологических услугах, совершенство законодательной системы относительно всех видов медицинской практики, налаживание системы медицинского страхования, процесса ценообразования и распределения средств в структуре частных стоматологических клиник, позволяет обеспечить функционирование разных форм моделей в системе здравоохранения[120].

Из медицинских источников[121] видно, что частная модель высоко развита в США, и финансируется из нескольких источников: средств, контролируемых государством и предназначенных на развитие программ обеспечения здравоохранения население (федеральные и штатные бюджеты,

---

Боровский, Е.В. Распространенность кариеса зубов и заболеваний пародонта по материалам обследования двух регионов / Е.В. Боровский, И.Л. Евстигнеева // Стоматология. - 1997. - № 4. - С. 64-66.

[120] Абрамова, Н.Е. Теория и практика, применения герметиков в сочетании с реминерализирующими составами при профилактике кариеса зубов у детей / Н.Е. Абрамова, В.А. Дрожжина, Ю.А. Федоров [и др.] // Новое в стоматологии (Спец. выпуск). - 2006. - № 4. - С. 25-40. Аширов, К.А. Динамика свойств эмали постоянных зубов у детей различного возраста при применении фторсодержащих зубных паст / К.А. Аширов // Стоматология. - 2014. - № 2. - С. 15-17. Аширов, К.А. Динамика функциональных и клинических свойств эмали зубов при применении фторидсодержащей зубной пасты у детей / К.А. Аширов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2005. - 23 с. Бажанов, Н.Н. Использование иммунологических показателей для оценки тяжести течения пародонтита и эффективности лечения / Н.Н. Бажанов, Г.П. Тер-Асатуров, В.Ю. Кассин [и др.] // Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 15-18.

[121] Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26. Ахатова, Д.М. Эффективность оперативно-восстановительного лечения кариеса зубов у школьников / Д.М. Ахатова, Л.А. Марапова, З.Р. Сейдаметова // Профилактика, лечение кариеса и его осложнений у детей: сб. науч. тр. - Казан, мед.ин-т. - Казань, 2009. - Т. 72. - 169с. Бажанов, Н.Н. Использование иммунологических показателей для оценки тяжести течения пародонтита и эффективности лечения / Н.Н. Бажанов, Г.П. Тер-Асатуров, В.Ю. Кассин [и др.] // Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 15-18. Адмакин, О.И. Стоматологическая заболеваемость населения в различных климато-географических зонах России. // Дис. … канд. мед.наук. - М., ММСИ, 1999. - 210 с. Гаража, Н.Н. О влиянии кисловодского Нарзана на частоту и интенсивность кариеса зубов и состояние пародонта / Н.Н. Гаража, И.М. Флейшмахер // Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 33-36.

обязательное отчисление предприятий на программы помощи гражданам преклонного возраста и малообеспеченным)[122]; частных затрат на медпомощь (добровольное медицинское страхование и средства населения). При этом средства страховых компаний покрывают треть (27,7%) всех медицинских затрат кроме средств федерального и штатного бюджетов (8,7%), а 70% страховых взносов приходятся на работодателей и 30% — на работающих.

Установлено, что из общего количества стоматологов в США 54,5% занимаются предоставлением комплексной системы частных услуг. Однако, из них всего 23,3% работают в крупных частных Центрах здоровья (СНС), а подавляющее большинство (31,2%) являются хозяевами собственных небольших клиник[123].

Согласно статистическим данным, обработанным некоторыми американскими научными работниками[124], за лечение в много профильных частных клиниках платят 21,3% население. Необходимо подчеркнуть, что при этом государство не делает различия между формами собственности при оплате медицинских услуг, а ориентируется на стандарты качества[125]. Такая модель, по мнению отдельных авторов, наиболее пригодная для реформирования системы здравоохранения и в России[126].

---

[122] Вилова, А.В. Эпидемиологическая заболеваемость зубов кариесом у коренного и пришлого населения Архангельской области / А.В. Вилова, В.П. Зеновский // Современные проблемы стоматологии: сб. науч. тр. / Новосиб. мед.ин-т. - Новосибирск, 2009. - С. 130-131. Грудянов, А.И. Методы профилактики заболеваний пародонта и их обоснование / А.И. Грудянов // Стоматология. - 2005. - № 3. - С. 21-24.

[123] Бокая, В.Г. Мотивация населения к участию в профилактике кариеса зубов путем ограничения потребления сахара / В.Г. Бокая // Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны: тр. ЦНИИС. - 2009. - С. 131-135.

[124] Алимский, А.В. Стоматологическая помощь детям в регионах с различным содержанием фтора в питьевой воде / А.В. Алимский, Р.К. Алиева // Стоматология для всех. - 2009. - № 6. - С. 44-45. Алимский, А.В. Перспективы развития стоматологической службы в Российской Федерации / А.В. Алимский // Стоматология для всех. - 2004. - № 2. - С. 38-42.

[125] Алимский, А.В. Географические закономерности распространенности кариеса зубов / А.В. Алимский // Организация стоматологической помощи и вопросы ортопедической стоматологии: тезисы Всесоюз. съезда стоматологов. - М., 1987. - Т. I. - С. 4-5. Бажанов, Н.Н. Использование иммунологических показателей для оценки тяжести течения пародонтита и эффективности лечения / Н.Н. Бажанов, Г.П. Тер-Асатуров, В.Ю. Кассин [и др.] // Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 15-18.

[126] Ахатова, Д.М. Эффективность оперативно-восстановительного лечения кариеса зубов у школьников / Д.М. Ахатова, Л.А. Марапова, З.Р. Сейдаметова // Профилактика, лечение кариеса и его осложнений у детей: сб. науч. тр. - Казан, мед.ин-т. - Казань, 2009. - Т. 72. - 169с.

Что касается предоставления в частных клиниках США отдельных видов стоматологической, а именно, ортодонтической помощи, то она оказывается, благодаря внедрению аккредитованных ортодонтических программ, определение правомерности которых проводилось путем анализа количественных и качественных показателей, а также обеспеченности врачами-ортодонтами частных клиник. Оценка качества предоставления ортодонтических услуг в частных многопрофильных стоматологических клиниках сравнительно с отделенными частными ортодонтическими кабинетами показала, что практикующие врачи-ортодонты частных клиник предоставляли высокоспециализированную медпомощь пациентам в 1,9 раз качественнее и при поддержке специалистов-стоматологов другого профиля, что и позволило им добиться более высокого результата. Это стало возможно благодаря тому, что врачи многопрофильных частных учреждений имели больше времени на прием больного и соответствующую высшую профессиональную подготовку, так как на рынке стоматологических услуг существует высокая конкуренция[127].

В то же время, существенным недостатком при анализе качества и объема предоставленных стоматологических услуг населению в частных стоматологических многопрофильных клиниках со значительным количеством пациентов является то, что при довольно высоком уровне специализации, практикующий врач только 6-10 минут от общего времени приема уделяет обучению пациентов современным методам индивидуальной

Бажанов, Н.Н. Использование иммунологических показателей для оценки тяжести течения пародонтита и эффективности лечения / Н.Н. Бажанов, Г.П. Тер-Асатуров, В.Ю. Кассин [и др.] // Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 15-18.

[127] Борданова, Т.М. Возможность прогнозирования кариеса зубов у детей дошкольного возраста / Т.М. Борданова // Актуальные проблемы медицины: тез.краевой науч. конф. стоматологов. - Ставрополь, 2005. - С. 239- 241. Боровский, Е.В. Пути повышения качества лечебной работы, Е.В. Боровский // Стоматология. - 2007. - № 1. - С. 65-68. Боровский, Е.В. Влияние минерализирующих растворов на состояние эмали и поражение зубов кариесом / Е.В. Боровский, Ю.А. Агафонов // Стоматология. - 2013. - № 2. - С. 58-59.

Боровский, Е.В. Распространенность кариеса зубов и заболеваний пародонта по материалам обследования двух регионов / Е.В. Боровский, И.Л. Евстигнеева // Стоматология. - 1997. - № 4. - С. 64-66.

гигиены полости рта, что является крайне не достаточным при большом арсенале производства и обеспеченности гигиеническими стоматологическими средствами [128].

Аналогичная ситуация сложилась на рынке медицинских услуг в Албании [129], где уже с начала 90-х годов все стоматологические услуги стали частными, за исключением неотложной помощи и обслуживания детей до 18 лет в школьных стоматологических кабинетах. По данным на 2002 год [130], частный сектор в государстве продолжает расширяться прежде всего за счет роста количества специализированных многопрофильных стоматологических клиник. При этом по результатам проведенного опроса установлено, что пользоваться услугами в таких клиниках способны 29% населения, страховые полисы на обслуживание в частном секторе имеют 4% и это свидетельствует об ограничении права свободного выбора граждан относительно качества и объема стоматологической помощи.

В других странах, таких как[131] Великобритания, Норвегия и Швеция, функционирует, преимущественно, государственная модель медицинского обслуживания, при которой, практически, все многопрофильные клиники

[128] Ботвиньева, В.В. Взаимосвязь микрофлоры полости рта и факторов местного иммунитета у детей старшего возраста / В.В. Ботвиньева, Л.К. Катосова, И.П. Брозгунов [и др.] // Здоровый ребенок: сб. науч. тр. - М., 2009. - С. 48.

[129] Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26. Альтернативные системы стоматологического обслуживания: доклад Комитета экспертов ВОЗ // Женева, 2008. - 62с. Грудянов, А.И. Методы профилактики заболеваний пародонта и их обоснование / А.И. Грудянов // Стоматология. - 2005. - № 3. - С. 21-24.Григорян, А.А. Роль рекламы в повышении уровня обращаемости населения за стоматологической помощью / А.А. Григорян // Автореф. дис. канд. мед.наук. - Москва, 2004. – 22 с.

[130] Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26.

[131] Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26. Бажанов, Н.Н. Использование иммунологических показателей для оценки тяжести течения пародонтита и эффективности лечения / Н.Н. Бажанов, Г.П. Тер-Асатуров, В.Ю. Кассин [и др.] // Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 15-18. Басманова, Е.В. Некоторые проблемы дополнительного профессионального образования в стоматологии / Е.В. Басманова, Н.В. Морозова, В.В. Ломагин // Пути совершенствования последипломного образования специалистов стоматологического профиля. Актуальные проблемы ортопедической стоматологии и ортодонтии: тезисы. - М., 2012. - С. 36-38. Ботвиньева, В.В. Взаимосвязь микрофлоры полости рта и факторов местного иммунитета у детей старшего возраста / В.В. Ботвиньева, Л.К. Катосова, И.П. Брозгунов [и др.] // Здоровый ребенок: сб. науч. тр. - М., 2009. - С. 48.

находятся в собственности государственного и муниципального секторов, а ее особенностью является жесткая централизация и финансирование из государственных источников[132]. Такая модель способна действовать только в странах с очень высоким уровнем развития экономики и, как следствие, высокими налогами (до 40-60%)[133], которые именно и представляют основную частицу поступлений в государственный бюджет. Это дает возможность в полном объеме финансировать здравоохранение. Положительными чертами такой модели являются доступность медицинского обслуживания, в том числе в стоматологических клиниках, возможность проведения масштабных мероприятий в челюстно-лицевой области и в функционирование профилактических программ. Здесь обслуживание в частных стоматологических клиниках становится альтернативой для определенных слоев потребителей при свободе выбора услуг, а область здравоохранения нуждается в реформировании[134].

Результатом проведения необходимых реформ в здравоохранении этих стран на протяжении последнего десятилетия стало расширение системы частных многопрофильных клиник, предоставляющих стоматологические услуги[135]. Так, в 2000 году в Швейцарии при общих затратах на

---

[132] Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26. Ахатова, Д.М. Эффективность оперативно-восстановительного лечения кариеса зубов у школьников / Д.М. Ахатова, Л.А. Марапова, З.Р. Сейдаметова // Профилактика, лечение кариеса и его осложнений у детей: сб. науч. тр. - Казан, мед.ин-т. - Казань, 2009. - Т. 72. - 169с.

[133] Ахатова, Д.М. Эффективность оперативно-восстановительного лечения кариеса зубов у школьников / Д.М. Ахатова, Л.А. Марапова, З.Р. Сейдаметова // Профилактика, лечение кариеса и его осложнений у детей: сб. науч. тр. - Казан, мед.ин-т. - Казань, 2009. - Т. 72. - 169с.

[134] Басманова, Е.В. Некоторые проблемы дополнительного профессионального образования в стоматологии / Е.В. Басманова, Н.В. Морозова, В.В. Ломагин // Пути совершенствования последипломного образования специалистов стоматологического профиля. Актуальные проблемы ортопедической стоматологии и ортодонтии: тезисы. - М., 2012. - С. 36-38. Бахмудов, Б.Р. Распространенность и интенсивность кариеса и санитарно-гигиенические навыки ухода за полостью рта у беременных женщин / Б.Р. Бахмудов, З.Б. Бахмудова // Стоматология. - 2010. - № 3. - С. 12-14. Бахтурина, Г.И. Применение кальцийсодержащих пищевых добавок в профилактике кариеса зубов у детей дошкольного возраста / Г.И. Бахтурина, В.В. Алямовский // V съезд Стоматологической Ассоциации России: сб. науч. тр. - М., 2009. - С. 41-42. Виноградова, Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога / Т.Ф. Виноградова // М.: Медицина, 2008. - 256 с.

[135] Аширов, К.А. Динамика свойств эмали постоянных зубов у детей различного возраста при применении фторсодержащих зубных паст / К.А. Аширов // Стоматология. - 2014. - № 2. - С. 15-17. Аширов, К.А. Динамика функциональных и клинических свойств эмали зубов при применении

здравоохранение 7,9% ВВП[136] и затратах на одного жителя, с учетом паритета покупательной способности, 1732 долларов США, проведенное реформирование привело к предоставлению мощным производителям возможности быть самоуправляемыми конкурирующими организациями[137], а в Великобритании при низших показателях (соответственно 6,9% ВВП и 1569 долларов США). При этом врачи клиник с соответствующим количеством пациентов, при наличии современно оборудованных помещений стали, одновременно, владельцами и управляющими бюджетом частных медицинских, в том числе, стоматологических учреждений. В результате проведенных реформ 51% взрослого населения страны отдают предпочтение частным стоматологическим учреждениям[138].

Несмотря на существование ряда преимуществ государственной медицины, британские исследователи активно поддерживают дальнейшее развитие именно крупных частных многопрофильных стоматологических клиник, делая акцент на целесообразности такого внедрения для правительства страны относительно получения в бюджет части прибыли от таких структур. Эти средства будут направлены на поддержку государственных программ здравоохранения для социально и мало

фторидсодержащей зубной пасты у детей / К.А. Аширов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2005. - 23 с.

[136] Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26.

[137] Аширов, К.А. Динамика функциональных и клинических свойств эмали зубов при применении фторидсодержащей зубной пасты у детей / К.А. Аширов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2005. - 23 с. Бажанов, Н.Н. Использование иммунологических показателей для оценки тяжести течения пародонтита и эффективности лечения / Н.Н. Бажанов, Г.П. Тер-Асатуров, В.Ю. Кассин [и др.] // Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 15-18. Григорян, А.А. Роль рекламы в повышении уровня обращаемости населения за стоматологической помощью / А.А. Григорян // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - Москва, 2004. – 22 с.

[138] Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26. Аширов, К.А. Динамика свойств эмали постоянных зубов у детей различного возраста при применении фторсодержащих зубных паст / К.А. Аширов // Стоматология. - 2014. - № 2. - С. 15-17. Басманова, Е.В. Некоторые проблемы дополнительного профессионального образования в стоматологии / Е.В. Басманова, Н.В. Морозова, В.В. Ломагин // Пути совершенствования последипломного образования специалистов стоматологического профиля. Актуальные проблемы ортопедической стоматологии и ортодонтии: тезисы. - М., 2012. - С. 36-38.

защищенных слоев населения[139].

Что же касается медицинского персонала, то при анкетировании 200 врачей терапевтов-стоматологов, которые занимаются частной практикой за пределами стоматологических клиник и отделений, 58% выбрали в качестве приоритета успешную финансовую деятельность их многопрофильных кабинетов[140].

Значительное количество научных работ в Великобритании[141] посвящено проблеме урегулирования ценообразования на медицинские услуги. По данным социологических опросов, 80-100% респондентов получают комплексную стоматологическую помощь лишь в частных клиниках и 68% — в специализированных ортопедических клиниках[142]. При этом отмечается, что больше всего на ценообразование влияет время, которое израсходовано на одного больного, затраты на удержание подразделов

---

[139] Букреева, Н.М. Организация гигиенического обучения и воспитания детей и подростков и программах комплексной профилактики стоматологических заболевании: Метод, рекомендации / Н.М. Букреева, В.К. Леонтьев, В.Г. Сунцов // М., 2011. - 58 с. Васильев, В.Г. Гигиеническое воспитание детей различного возраста: метод.рекоменд. / В.Г. Васильев, Г.И. Саблина, В.Ю. Лебединский [и др.] // Иркутск, 2009. - 43 с. Вилова, А.В. Эпидемиологическая заболеваемость зубов кариесом у коренного и пришлого населения Архангельской области / А.В. Вилова, В.П. Зеновский // Современные проблемы стоматологии: сб. науч. тр. / Новосиб. мед.ин-т. - Новосибирск, 2009. - С. 130-131. Виноградова, Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога / Т.Ф. Виноградова // М.: Медицина, 2008. - 256 с. Виноградова, Т.Ф. Стоматология детского возраста / Т.Ф. Виноградова, О.П. Максимова, В.В. Рогинский // Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2012. - 528 с.

[140] Авраамова, О.Г. Использование фторидсодержащих зубных паст в системе профилактики основных стоматологических заболеваний у детей (Планирование и эффективность) / О.Г. Авраамова // Дис. … докт. мед.наук. - М., 2005. - 252 с.

[141] Виноградова, Т.Ф. Педиатру о стоматологических заболеваниях у детей / Т.Ф. Виноградова // Л.: Медицина, 2012. - 160с. Водолацкая, А.М. Оценка изменения в системе «слюна-зубной налет-эмаль» при прогнозировании кариеса зубов у детей / А.М. Водолацкая // Профилактика и лечение болезней зубов и пародонта: сб. науч. тр. - Ставрополь, 2012. - С. 69-73. Галиуллин, А.Н. Основные принципы организации медико-социальной профилактики стоматологических заболеваний у детей / А.Н. Галиуллин, И.И. Гиниятуллин // Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны: тр. ЦНИИС. - М. - 2009. - С. 111-113. Галиуллин, А.Н. Клинико-статистический анализ заболеваемости кариесом зубов у детей, проживающих в городах республик Среднего Поволжья / А.Н. Галиуллин, А.В. Иванов, И.В. Андреев // Материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию Центра Госсанэпиднадзора в Республике Марий Эл. - Йошкар-Ола, 2006. - С. 19-23.

[142] Виноградова, Т.Ф. Педиатру о стоматологических заболеваниях у детей / Т.Ф. Виноградова // Л.: Медицина, 2012. - 160с. Галиуллин, А.Н. Клинико-статистический анализ заболеваемости кариесом зубов у детей, проживающих в городах республик Среднего Поволжья / А.Н. Галиуллин, А.В. Иванов, И.В. Андреев // Материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию Центра Госсанэпиднадзора в Республике Марий Эл. - Йошкар-Ола, 2006. - С. 19-23.

клиники и лабораторные исследования. Вместе с тем, существующее несовершенство системы ценообразования не влияет на конкурентно способность в частном стоматологическом секторе[143]. Установленный высокий процент посещений частных стоматологических клиник свидетельствует о положительных сторонах реформирования стоматологической области.

В Дании частная стоматологическая служба сравнительно с другими областями системы здравоохранения хорошо развитая и охватывает 90% население[144]. Существующие статистические данные показывают, что при обследовании 17 тыс. население страны, возрастом от 16 лет и выше, 80% регулярно посещают стоматологов, из них работающего населения в группе 35-44 года — 95%[145].

Но и здесь на протяжении тридцати лет существует конфликт между учреждениями государственной и частной форм собственности, который проявляется в неудовлетворенности государственных стоматологов уровнем обеспеченности клиник и уменьшением обращений пациентов в результате недостаточности средств для тех пациентов, которые лечатся за счет государственных программа финансирования услуг отдельным группам

---

[143] Водолацкая, А.М. Оценка изменения в системе «слюна-зубной налет-эмаль» при прогнозировании кариеса зубов у детей / А.М. Водолацкая // Профилактика и лечение болезней зубов и пародонта: сб. науч. тр. - Ставрополь, 2012. - С. 69-73. Галиуллин, А.Н. Основные принципы организации медико-социальной профилактики стоматологических заболеваний у детей / А.Н. Галиуллин, И.И. Гиниятуллин // Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны: тр. ЦНИИС. - М. - 2009. - С. 111-113.

[144] Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26. Гаража, Н.Н. О влиянии кисловодского Нарзана на частоту и интенсивность кариеса зубов и состояние пародонта / Н.Н. Гаража, И.М. Флейшмахер // Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 33-36. Гаража, Н.Н. Организация первичной профилактики по предупреждению поражений твердых тканей зубов у лиц, имеющих производственный контакт с солями кадмия / Н.Н. Гаража, Н.В. Шацкая // Стоматология. - 2006. - Спец. вып. - С. 17-18. Гарвалинская, Б.Г. Уровень знаний о гигиене полости рта у детей различного возраста и пола г. Хабаровска при реализации стоматологической программы / Б.Г. Гарвалинская // Современные проблемы стоматологии: сб. науч. тр. / Новосиб. мед.ин-т. - Новосибирск, 2008. - С. 154-155.

[145] Абрамова, Н.Е. Теория и практика, применения герметиков в сочетании с реминерализирующими составами при профилактике кариеса зубов у детей / Н.Е. Абрамова, В.А. Дрожжина, Ю.А. Федоров [и др.] // Новое в стоматологии (Спец. выпуск). - 2006. - № 4. - С. 25-40.

населения[146]. Так, больше удовлетворены стоматологическим обслуживанием пациенты в возрасте 65-74 года (49%)[147].

Основная проблема состоит в жалобах на службы частного сектора относительно недостаточного отчисления ими средств в государственный бюджет при высокой стоимости частных стоматологических услуг, следствием чего является постоянная денежная несостоятельность указанных программ. Датская Зубная Ассоциация реагирует на эти конфликты путем налаживания компромисса между государственными и частными предпринимателями, а такое содружество пока что невозможно в условиях крайне политизированной медицины в государстве[148].

Результаты проведенного в Финляндии и Норвегии[149] опроса 350 частных стоматологов, как владельцев отделенных кабинетов, так и работающих в многопрофильных стоматологических клиниках, показали, что 90% респондентов подчеркивают высокий уровень конкуренции. Рост конкуренции в частной стоматологии в этих странах — довольно распространенная тенденция, которая связана с желанием молодых

---

[146] Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26. Гарвалинская, Б.Г. Уровень знаний о гигиене полости рта у детей различного возраста и пола г. Хабаровска при реализации стоматологической программы / Б.Г. Гарвалинская // Современные проблемы стоматологии: сб. науч. тр. / Новосиб. мед.ин-т. - Новосибирск, 2008. - С. 154-155.

[147] Абрамова, Н.Е. Теория и практика, применения герметиков в сочетании с реминерализирующими составами при профилактике кариеса зубов у детей / Н.Е. Абрамова, В.А. Дрожжина, Ю.А. Федоров [и др.] // Новое в стоматологии (Спец. выпуск). - 2006. - № 4. - С. 25-40.

[148] Гаража, Н.Н. О влиянии кисловодского Нарзана на частоту и интенсивность кариеса зубов и состояние пародонта / Н.Н. Гаража, И.М. Флейшмахер // Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 33-36. Гаража, Н.Н. Организация первичной профилактики по предупреждению поражений твердых тканей зубов у лиц, имеющих производственный контакт с солями кадмия / Н.Н. Гаража, Н.В. Шацкая // Стоматология. - 2006. - Спец. вып. - С. 17-18.

[149] Боровский, Е.В. Пути повышения качества лечебной работы, Е.В. Боровский // Стоматология. - 2007. - № 1. - С. 65-68. Гарвалинская, Б.Г. Уровень знаний о гигиене полости рта у детей различного возраста и пола г. Хабаровска при реализации стоматологической программы / Б.Г. Гарвалинская // Современные проблемы стоматологии: сб. науч. тр. / Новосиб. мед.ин-т. - Новосибирск, 2008. - С. 154-155. Гоменюк, Т.Н. Организация первичной профилактики кариеса зубов среди детей раннего возраста в новых социально-экономических условиях / Т.Н. Гоменюк, И.Т. Сегень // Стоматология. - 2006. - Спец. вып. - С. 18-19. Григорьева, Е.Е. Значение кратности санации полости рта в профилактике одонтогенных очагов у школьников / Е.Е. Григорьева // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2011. – 19 с. Грудянов, А.И. Состояние пародонта у школьников Москвы / А.И. Грудянов, С.А. Кирюхина, В.С. Воробьев // Стоматология. - 2005. - № 6. - С. 16

специалистов проникнуть на рынок медицинских услуг. При этом практикующие специалисты в частном секторе отмечают преимущества конкуренции именно крупных центров здравоохранения (46%)[150].

Как известно, в Германии, Японии, Франции и других странах в области здравоохранения, в том числе и в стоматологической области, действует страховая модель, где производитель медицинских (стоматологических) услуг, рядом с государственными учреждениями, может выступать в качестве многопрофильной частной клиники. В первую очередь, привлекательность системы страховой медицины состоит в наличии бесспорной свободы выбора потребителями качества и видов услуг, а для государства — сбережением бюджетных средств, поскольку большая часть платежей принадлежит страховщикам[151]. Высвобожденные в таких условиях бюджетные средства используются на финансирование социальных программ (медпомощь малообеспеченным, инвалидам и т.п.), научных разработок и программ профилактики заболеваний.

Анализ состояния частной стоматологической помощи в Японии за последние 10 лет показал тенденцию к ее дальнейшему развитию за счет функционирования 80% многопрофильных структур. При этом, затраты на удержание таких клиник сократились на 4,9%, а стоимость услуг для населения снизилась на 2,8%, при повышении качества предоставления

---

[150] Галиуллин, А.Н. Основные принципы организации медико-социальной профилактики стоматологических заболеваний у детей / А.Н. Галиуллин, И.И. Гиниятуллин // Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны: тр. ЦНИИС. - М. - 2009. - С. 111-113.

[151] Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26. Ахатова, Д.М. Эффективность оперативно-восстановительного лечения кариеса зубов у школьников / Д.М. Ахатова, Л.А. Марапова, З.Р. Сейдаметова // Профилактика, лечение кариеса и его осложнений у детей: сб. науч. тр. - Казан, мед.ин-т. - Казань, 2009. - Т. 72. - 169с. Бажанов, Н.Н. Использование иммунологических показателей для оценки тяжести течения пародонтита и эффективности лечения / Н.Н. Бажанов, Г.П. Тер-Асатуров, В.Ю. Кассин [и др.] // Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 15-18. Бахтурина, Г.И. Применение кальцийсодержащих пищевых добавок в профилактике кариеса зубов у детей дошкольного возраста / Г.И. Бахтурина, В.В. Алямовский // V съезд Стоматологической Ассоциации России: сб. науч. тр. - М., 2009. - С. 41-42. Гаража, Н.Н. Организация первичной профилактики по предупреждению поражений твердых тканей зубов у лиц, имеющих производственный контакт с солями кадмия / Н.Н. Гаража, Н.В. Шацкая // Стоматология. - 2006. - Спец. вып. - С. 17-18. Данилевский, Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко // Киев, 2010. - 460 с.

стоматологической помощи, которое стало следствием увеличения количества обращений пациентов со страховыми полисами[152].

В то же время, во Франции, при опросе пациентов, которые выбрали лечение в отделениях челюстно-лицевой хирургии многопрофильных частных стоматологических клиник, в 37,2% случаев преимущество также отдавалось качественным характеристикам предоставления стоматологических услуг[153].

Аналогичной данные относительно преимущества качества стоматологических услуг перед ее ценой в частных стоматологических клиниках наблюдали в своем исследовании научные работники из Новой Зеландии и Австралии[154]. 60% австралийских пациентов отдавали предпочтение лечению в частном стоматологическом секторе и были удовлетворены объемом предоставленных услуг[155]. При этом, в частных

[152] Бокая, В.Г. Мотивация населения к участию в профилактике кариеса зубов путем ограничения потребления сахара / В.Г. Бокая // Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны: тр. ЦНИИС. - 2009. - С. 131-135. Галиуллин, А.Н. Клинико-статистический анализ заболеваемости кариесом зубов у детей, проживающих в городах республик Среднего Поволжья / А.Н. Галиуллин, А.В. Иванов, И.В. Андреев // Материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию Центра Госсанэпиднадзора в Республике Марий Эл. - Йошкар-Ола, 2006. - С. 19-23.

[153] Ахатова, Д.М. Эффективность оперативно-восстановительного лечения кариеса зубов у школьников / Д.М. Ахатова, Л.А. Марапова, З.Р. Сейдаметова // Профилактика, лечение кариеса и его осложнений у детей: сб. науч. тр. - Казан, мед.ин-т. - Казань, 2009. - Т. 72. - 169с. Беленова, И.А. Влияние водородного показателя пломбировочных материалов на обмен ионов кальция в эмали зуба, возникновение рецидивного кариеса / И.А. Беленова // Автореф. дис. … канд. мед.наук. - Воронеж, 2008. - 22с.

[154] Аширов, К.А. Динамика функциональных и клинических свойств эмали зубов при применении фторидсодержащей зубной пасты у детей / К.А. Аширов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2005. - 23 с. Бахмудов, Б.Р. Распространенность и интенсивность кариеса и санитарно-гигиенические навыки ухода за полостью рта у беременных женщин / Б.Р. Бахмудов, З.Б. Бахмудова // Стоматология. - 2010. - № 3. - С. 12-14. Беленова, И.А. Влияние водородного показателя пломбировочных материалов на обмен ионов кальция в эмали зуба, возникновение рецидивного кариеса / И.А. Беленова // Автореф. дис. … канд. мед.наук. - Воронеж, 2008. - 22с. Беляков, Ю.А. Наследственная патология эмали и дентина. Обзор молекулярно-генетических исследований / Ю.А.Беляков, В.М. Елизаров, В.А.Кротов [и др.] // Стоматология. - 2010. - № 1. - С. 8-9.

[155] Аширов, К.А. Динамика функциональных и клинических свойств эмали зубов при применении фторидсодержащей зубной пасты у детей / К.А. Аширов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2005. - 23 с. Бахмудов, Б.Р. Распространенность и интенсивность кариеса и санитарно-гигиенические навыки ухода за полостью рта у беременных женщин / Б.Р. Бахмудов, З.Б. Бахмудова // Стоматология. - 2010. - № 3. - С. 12-14. Виноградова, Т.Ф. Стоматология детского возраста / Т.Ф. Виноградова, О.П. Максимова, В.В. Рогинский // Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2012. - 528 с.

стоматологических клиниках Нового Южного Уэльса высоко развито профилактическое направление (35%), диагностика (27%) и первичное обслуживание (18%)[156].

В Южно-Африканской Республике[157] 20- 30% населения, имея полисы медицинского страхования, лечится в частных стоматологических клиниках. Здесь частный стоматологический сектор построен таким образом, что частица прибылей частных предпринимателей направляется на образование частных акционерных компаний, которые конкурируют с государственными стоматологическими клиниками, путем создания многопрофильных стоматологических клиник с наивысшими стандартами качества предоставления помощи. В таких клиниках пациенты оплачивают единый денежный взнос, или же деньги отчисляются из медицинской страховки. Таким способом в этой стране функционируют свыше 100 частных клиник.

По данным исследователей из Кувейта[158] [2], при опросе 1242 тысяч пациентов со страховыми полисами, которые проходили комплексное лечение в частных стоматологических клиниках, 57,8% дали положительную оценку относительно общения пациент-врач в процессе лечения, а также были удовлетворены качеством оборудования клиники и соблюдением необходимых требований относительно антисептического состояния отделений. При этом, в среднем 49,4% считали доступной стоимость предоставленных услуг.

---

[156] Беленова, И.А. Влияние водородного показателя пломбировочных материалов на обмен ионов кальция в эмали зуба, возникновение рецидивного кариеса / И.А. Беленова // Автореф. дис. … канд. мед.наук. - Воронеж, 2008. - 22с. Васильев, В.Г. Гигиеническое воспитание детей различного возраста: метод.рекоменд. / В.Г. Васильев, Г.И. Саблина, В.Ю. Лебединский [и др.] // Иркутск, 2009. - 43 с.

[157] Данилевский, Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко // Киев, 2010. - 460 с. Дахкильгов, М. У.-Г. Эпидемиологическое исследование распространённости и интенсивности заболеваний зубов и пародонта у населения республики Ингушетия, определение потребности в стоматологической помощи / М.У-Г. Дахкильгов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2011. - 24 с. Дорошина, В.Ю. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных как основа стоматологического здоровья детей раннего возраста / В.Ю. Дорошина // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 1997. - 21 с.

[158] Авраамова, О.Г. Процессы реминерализации и проницаемости эмали зубов при гигиене полости рта / О.Г. Авраамова // V съезд Стоматологической Ассоциации России: науч. тр. - М. - 2009. - С. 39-40.

В Израиле предоставление и уплата медицинских услуг внедряется путем существования государственной программы обязательного медицинского страхования в пределах национального страхования и гарантирует предоставление услуг здравоохранения всем его гражданам. Недостатком такого проекта является отсутствие обеспечения стоматологических услуг за страховыми полисами и необходимость уплаты за лечения собственных средств. В то же время, наивысшие показатели качества обслуживания и доступности ценовой политики, по данным опроса населения, получили большие частные клиники (63%) и клиники кебуц (67%). В таких учреждениях 81% пациентов определяют доверительные отношения врач-пациент в процессе лечения, а также в 90% высокое соблюдение условий стерильности, против 55% в государственных[159].

В Польше, Чехии и Венгрии в частных стоматологических кабинетах работают 70% врачей, которые предоставляют услуги на основании уплата их части через действующую систему медицинского страхования (Закон об обязательном медицинском страховании в рамках Реформы здравоохранения 1997-1999гг.)[160].

В республиках бывшего СССР, например, Эстонии, где общие затраты на здравоохранение составляют 6,1% ВВП, а затраты на одного жителя — 54 доллара США (очень высокие, сравнительно со странами СНГ), для финансировании здравоохранения, согласно Закону о медицинском страховании (1992 г.), была введены государственная система медицинского страхования, которая поддерживается Центральной Больничной Кассой и Региональными Больничными Кассами, и обеспечивает затраты в размере

[159]Боровский, Е.В. Распространенность и интенсивность кариеса зубов и болезней пародонта среди школьников различных регионов страны / Е.В. Боровский, Э.М. Кузьмина, С.А. Васина // Стоматология. - 2007. - № 5. - С. 82-85.

[160] Виноградова, Т.Ф. Педиатру о стоматологических заболеваниях у детей / Т.Ф. Виноградова // Л.: Медицина, 2012. - 160с. Водолацкая, А.М. Оценка изменения в системе «слюна-зубной налет-эмаль» при прогнозировании кариеса зубов у детей / А.М. Водолацкая // Профилактика и лечение болезней зубов и пародонта: сб. науч. тр. - Ставрополь, 2012. - С. 69-73.

13% на все виды стоматологической помощи[161]. Здесь частная медпомощь широко развита в области стоматологии, где заняты 75% производителей стоматологических услуг [162].

Недостаточное финансирование системы здравоохранения в странах востока, таких как Казахстан (1,9% ВВП)[163], и возрастающие нужды населения в медицинских услугах на фоне снижение уровня жизни стали толчком к развитию негосударственного сектора здравоохранения. Ускорение развития частной медицины предусмотрено правительственным постановлением «О секторных программах приватизации и реструктуризации» (1997), в результате которых в течение трех лет приватизированы 97% стоматологических клиник страны и создано свыше 100 частных стоматологических кабинетов. Но исследователи частного сектора, как приоритетную, определяют проблему отсутствия нормативно-правовой базы взаимоотношений Владельца частной клиники с органами управления и контроля. Следует отметить, что здесь частная стоматологическая служба состоит из независимых, маломощных, монопрофильных, разрозненных частных клиник и кабинетов, которым из-за отсутствия нормативных документов, сложно выживать в условиях жесткой конкуренции[164]. Аналогичное состояние проблемы определены в Республике Башкортостан и Таджикистане[165].

---

[161] Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26.

[162] Дорошина, В.Ю., Набатова Т.А., Гудкова Н.Л. Роль профессиональной гигиены в профилактике стоматологических заболеваний у беременных женщин / В.Ю. Дорошина, Т.А. Набатова, Н.Л. Гудкова //Современные аспекты профилактики и лечения стоматологических заболеваний: тез.докл. - М., 2010 - С. 88-89.

[163] Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26. Гоменюк, Т.Н. Организация первичной профилактики кариеса зубов среди детей раннего возраста в новых социально-экономических условиях / Т.Н. Гоменюк, И.Т. Сегень // Стоматология. - 2006. - Спец. вып. - С. 18-19.

[164] Костлан, Я. Стоматологическое обслуживание в Европе / Я.Костлан // Копенгаген: ВОЗ, 1982. - 193 с.

[165] Григорьева, Е.Е. Значение кратности санации полости рта в профилактике одонтогенных очагов у школьников / Е.Е. Григорьева // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2011. – 19 с.

За последние годы Стоматологическая ассоциация России неоднократно предупреждала, что недостаточное финансирование государством стоматологической службы в Российской Федерации нуждается в создании четких тенденций относительно источников обеспечения средствами и рационального их отраслевого использования[166]. При бурном развитии рынка стоматологических услуг, до конца не определена финансовая стратегия негосударственных стоматологических организаций[167].

Известно, что с целью соответствующей защиты, в 2000 году предложено создание российской Ассоциации врачей-стоматологов частной практики, которая бы содействовала расширению доступности медпомощи путем применения комбинированных схем оплаты медицинских услуг[168]. В то же время, недостатком таких схем является приоритетность финансовых аспектов частных медицинских (стоматологических) организаций, без учета качества предоставленной помощи.

Имеются сведения об определенной корреляционной связи между уровнем оплаты стоматологических услуг и качеством предоставления стоматологической помощи за счет поощрения врачей-стоматологов и повышения их квалификационных возможностей[169].

Относительно медленное развитие законодательной базы России показало несовершенство в системе реформирования медицинской области. После принятия Закона «О медицинском страхований граждан в Российской Федерации», медицинская служба должна отвечать стандартам страховой

Грудянов, А.И. Состояние пародонта у школьников Москвы / А.И. Грудянов, С.А. Кирюхина, В.С. Воробьев // Стоматология. - 2005. - № 6. - С. 16

[166] Зимина, В.И. Эффективность профилактики кариеса зубов у детей при использовании фторированного молока / В.И. Зимина // Дис. … канд. мед.н. - М., ММСИ. - 1997.

[167] Иванова, Е.Н. Сравнительная эффективность местных противокариозных средств / Е.Н. Иванова // Стоматология. - 2009. - № 2. - С. 60-61.

[168] Ахатова, Д.М. Эффективность оперативно-восстановительного лечения кариеса зубов у школьников / Д.М. Ахатова, Л.А. Марапова, З.Р. Сейдаметова // Профилактика, лечение кариеса и его осложнений у детей: сб. науч. тр. - Казан, мед.ин-т. - Казань, 2009. - Т. 72. - 169с

[169] Законодательные основы профессиональной деятельности медицинских работников / Сборник официальных документов. - Изд. «Квартет», 2005. - 227 с.

медицины, а предприятия и организации должны отсчитывать 3,6% от фонда оплаты труда за работающее население, местные органы власти — за неработающее[170]. При этом выявились негативные тенденции относительно ориентации производителей медицинских, в том числе и стоматологических, услуг, что привело к фактическому прекращению обновления медицинского, в том числе, стоматологического оборудования, порождению практики неофициальных оплат медицинских услуг[171].

За последние годы появились научные работы[172], которые предлагают создание определенной нормативно и организационно-правовой базы стоматологических организаций частной формы собственности. В настоящее время, в связи с несовершенством государственной законодательной базы Российской Федерации полноценное их функционирование невозможно[173].

На этапе проведения реформирования системы здравоохранения России, некоторые научные работники предлагают использование механизма обязательного и добровольного медицинского страхования граждан[174].

---

[170]Дахкильгов, М. У.-Г. Эпидемиологическое исследование распространённости и интенсивности заболеваний зубов и пародонта у населения республики Ингушетия, определение потребности в стоматологической помощи / М.У-Г. Дахкильгов // Автореф. дис. канд. мед.наук. - М., 2011. - 24 с.

[171] Алимский, А.В. Стоматологическая помощь детям в регионах с различным содержанием фтора в питьевой воде / А.В. Алимский, Р.К. Алиева // Стоматология для всех. - 2009. - № 6. - С. 44-45; Законодательные основы профессиональной деятельности медицинских работников / Сборник официальных документов. - Изд. «Квартет», 2005. - 227 с.; Дорошина, В.Ю. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных как основа стоматологического здоровья детей раннего возраста / В.Ю. Дорошина // Автореф. дис. канд. мед.наук. - М., 1997. - 21 с.

[172] Дорошина, В.Ю., Набатова Т.А., Гудкова Н.Л. Роль профессиональной гигиены в профилактике стоматологических заболеваний у беременных женщин / В.Ю. Дорошина, Т.А. Набатова, Н.Л. Гудкова //Современные аспекты профилактики и лечения стоматологических заболеваний: тез.докл. - М., 2010 - С. 88-89.; Иванова, Е.Н. Кариес зубов и его профилактика в условиях биогеохимического избытка фтора и молибдена / Е.Н. Иванова // Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. - М., 2006. - 34с.; Иванова, Е.Н. Влияние санитарной культуры родителей на формирование гигиенических навыков у детей / Е.Н. Иванова, А.М. Хамадеева // Кариес зубов и его осложнения: Респуб. конф. стоматолог. - 2008. - С. 89-90.

[173] Кондратов, А.И. Пути повышения эффективности санитарного просвещения в комплексной профилактике стоматологических заболеваний / А.И. Кондратов // Дис. ... канд. мед.наук. - М., 1990. – 237 с.; Кондратов, А.И. Новые организационные подходы санитарного просвещения в профилактике стоматологических заболеваний / А.И. Кондратов // Материалы II съезда Стоматологической ассоциации (Общероссийской), Волгоград, 23-25 мая 1994 г. - Екатеринбург, 2005. - С. 71-72.

[174]Дахкильгов, М. У.-Г. Эпидемиологическое исследование распространённости и интенсивности заболеваний зубов и пародонта у населения республики Ингушетия, определение потребности в стоматологической помощи / М.У-Г. Дахкильгов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2011. - 24 с.; Кондратов, А.И. Пути повышения эффективности санитарного просвещения в комплексной

Известно, что в крупных частных клиниках России темпы прироста от добровольного и медицинского страхования достигают 100% в год, однако его частица в общем объеме предоставленных услуг не превышает 8%[175].

Однако следует отметить, что ожидаемого в России улучшения финансирования области здравоохранения, в том числе и стоматологии, не произошло. Виной тому - недостаточно большая часть работающего населения, способного платить страховые взносы, несоответствие реальных фиксированных прибылей населения, наличие нерациональных административных затрат. Поэтому, по мнению некоторых зарубежных авторов[176], вопросам реформирования стоматологии в странах бывшего СССР нужно уделять особое внимание.

Необходимость выхода из очевидного кризиса подтолкнула российских научных работников к продолжению поисков и компромиссных вариантов обеспечения полноценного развития частной стоматологической практики, как одной из новых перспективных форм организации стоматологической помощи населению от государства, и экономического обоснования способности ее функционирования[177].

профилактике стоматологических заболеваний / А.И. Кондратов // Дис. ... канд. мед.наук. - М., 1990. – 237 с.; Кондратов, А.И. Новые организационные подходы санитарного просвещения в профилактике стоматологических заболеваний / А.И. Кондратов // Материалы II съезда Стоматологической ассоциации (Общероссийской), Волгоград, 23-25 мая 1994 г. - Екатеринбург, 2005. - С. 71-72.

[175] Ахатова, Д.М. Эффективность оперативно-восстановительного лечения кариеса зубов у школьников / Д.М. Ахатова, Л.А. Марапова, З.Р. Сейдаметова // Профилактика, лечение кариеса и его осложнений у детей: сб. науч. тр. - Казан, мед.ин-т. - Казань, 2009. - Т. 72. - 169с.

[176] Беляков, Ю.А. Наследственная патология эмали и дентина. Обзор молекулярно-генетических исследований / Ю.А.Беляков, В.М. Елизаров, В.А.Кротов [и др.] // Стоматология. - 2010. - № 1. - С. 8-9.

[177] Иванова, Е.Н. Влияние санитарной культуры родителей на формирование гигиенических навыков у детей / Е.Н. Иванова, А.М. Хамадеева // Кариес зубов и его осложнения: Респуб. конф. стоматолог. - 2008. - С. 89-90.; Карцев, А.А. Изучение спроса населения на ортопедическую стоматологическую помощь (социологический аспект) / А.А. Карцев // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - Москва, 2006. - 22с.; Колесник, А.Г. Мониторинг уровня поступления фторида в организм детей, участвующих в трех проектах фторирования молока в России / А.Г. Колесник // Стоматология. - 2007. - № 5. - С. 52-57.; Колесник, А.Г. Мониторинг фторида в стоматологии / А.Г. Колесник // М., 2007. - 120 с.; Колесник, А.Г. Обоснование, разработка и апробация методики определения суточного поступления фторида по его экскреции с мочой при планировании программ профилактики кариеса с системным использованием соединений фтора / А.Г. Колесник // Новое в стоматологии. - 2009. - № 4. - С. 27-30.; Колесник, А.Г. Химические средства профилактики кариеса зубов / А.Г. Колесник, Т.Л. Пилат // Стоматология. - 2010. - № 1. - С. 86-91.;

Так, стало известно о положительных попытках обоснования функционально-организационной структуры негосударственных стоматологических организаций, а именно, небольших частных предприятий и многопрофильных частных клиник, предложена концепция развития стоматологической помощи в условиях частного сектора[178]. По мнению авторов, деятельность таких частных предприятий должна обеспечиваться научно-обоснованными сведениями о функционировании рыночных отношений в стране и наличии определенной структуры рынка стоматологических услуг[179], процессов ценообразования и обязательной целесообразности внедрения частных форм стоматологической практики, то есть базироваться на современных началах менеджмента и маркетинга в стоматологической области. Такое отношение к вопросу должно отвечать известным мировым стандартам развития стоматологического обслуживания[180].

При этом следует отметить, что большое количество работ российских авторов[181] направлены именно на практическое применение маркетинговых

Кондратов, А.И. Пути повышения эффективности санитарного просвещения в комплексной профилактике стоматологических заболеваний / А.И. Кондратов // Дис. ... канд. мед.наук. - М., 1990. – 237 с.; Кондратов, А.И. Новые организационные подходы санитарного просвещения в профилактике стоматологических заболеваний / А.И. Кондратов // Материалы II съезда Стоматологической ассоциации (Общероссийской), Волгоград, 23-25 мая 1994 г. - Екатеринбург, 2005. - С. 71-72.

[178] Колесник, А.Г. Химические средства профилактики кариеса зубов / А.Г. Колесник, Т.Л. Пилат // Стоматология. - 2010. - № 1. - С. 86-91.; Костлан, Я. Стоматологическое обслуживание в Европе / Я.Костлан // Копенгаген: ВОЗ, 1982. - 193 с.; Кузьмина, Э.М. Ситуационный анализ стоматологической заболеваемости как основа планирования программ профилактики / Э.М. Кузьмина // Дис. … докт. мед.наук. - М., ММСИ. - 1995.; Кузьмина, Э.М. Выявление навыков ухода за полостью рта путем анкетирования детей России и Финляндии / Э.М. Кузьмина, С.А. Васина, Т.А. Смирнова [и др.] // Стоматология детского возраста. - 2005. - № 1. - С. 55-56.; Самоделкина, В.Я. Система гигиенического воспитания взрослого населения в профилактике воспалительных заболеваний пародонта и совершенствование методов их лечения / В.Я. Самоделкина // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - Пермь, 2011. - 17с.

[179] Кузьмина, Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России и принципы планирования программ профилактики / Э.М. Кузьмина, С.А. Васина, Е.С. Петрина // Стоматология. - Спец. ВЫП. - 2006. - С. 11-12.

[180] Кузьмина, И.Н. Профилактика ранних форм кариеса в период прорезывания постоянных зубов у детей / И.Н. Кузьмина // Дис. ... канд. мед.наук. - М., 1996. - 181 с.

[181] Кузьмина, Э.М. Критерии оценки состояния полости рта и эффективности различных средств профилактики стоматологических заболеваний / Э.М. Кузьмина // Метод.реком. / М., ММСИ. - 2006. - 36 с.; Кузьмина, Э.М. Сравнительная оценка эффективности разных видов герметиков для профилактики кариеса постоянных зубов у детей в системе санации полости рта / Э.М. Кузьмина,

технологий в организации деятельности частной стоматологической службы, которая подтверждает тенденции постепенного выхода стоматологической области Российской Федерации из продолжительного кризиса.

Проведенные независимые статистические исследования подтверждают необходимость дальнейшего развития системы частной медицины, а именно - стоматологической практики в Российской Федерации [182]. Некоторые авторы указывают, что против льготных условий для частной медицины, в том числе и в стоматологии, высказываются лишь 19,05% медицинских работников[183]. В оценке эффективности деятельности частных стоматологических клиник указанные авторы предлагают ориентироваться не на число посещений и консультаций, а на финансовые нормативы со следующей разработкой тарифов и нормативов. Это связано с тем, что существенная часть от объема реализованных услуг возмещается по затратам через прибыль от проведенных курсов лечения, осуществленных профилактических мер. Такой подход позволит инициировать материальные стимулы и профессиональную подготовку специалистов стоматологических клиник, внедрять системы гарантии качества и объема услуг. Вместе с тем, опрос российских врачей показал наличие подавляющего большинства свободно практикующих врачей-стоматологов по сравнению с количеством

С.А. Васина, М.А. Стасенкова // Стоматология. - 2007. - № 5. - С. 58-60; Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний: Учебное пособие / Э.М. Кузьмина // М., 2007. – 136 с; Кузьмина, Э.М. Без профилактики не обойтись / Э.М. Кузьмина // Стоматология для всех. - 2008. - № 1(2). - С. 4-5.; Кузьмина, Э.М. Клиническое изучение влияния зубной пасты с гидроксиапатитом на начальные стадии кариеса зубов у детей / Э.М. Кузьмина, С.А. Васина, Т.А. Козичева // Новое в стоматологии. - 2008. - № 2. - С. 8-11.; Кузьмина, Э.М. Опыт проведения программы фторирования молока для профилактики кариеса профилактики стоматологических заболеваний: сб. науч. тр. / Э.М. Кузьмина, В.И. Зимина, М. Хутыз // Рязань, 2009. - С. 23-24.; Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных женщин и детей раннего возраста / Э.М. Кузьмина // Метод.реком. / М., ММСИ. - 2009. - 36 с.

[182] Кузьмина, Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России / Э.М. Кузьмина // М.: Информэлектро, 2009. – 228 с.; Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний / Э.М. Кузьмина // М., МГМСУ. - 2011. - 189 с.

[183] Иванова, Е.Н. Влияние санитарной культуры родителей на формирование гигиенических навыков у детей / Е.Н. Иванова, А.М. Хамадеева // Кариес зубов и его осложнения: Респуб. конф. стоматолог. - 2008. - С. 89-90.; Колесник, А.Г. Обоснование, разработка и апробация методики определения суточного поступления фторида по его экскреции с мочой при планировании программ профилактики кариеса с системным использованием соединений фтора / А.Г. Колесник // Новое в стоматологии. - 2009. - № 4. - С. 27-30.

врачей, работающих в многопрофильных частных стоматологических клиниках. Подтверждением этому является то, что лицензии на право предоставления частных медицинских услуг, в том числе и стоматологической помощи, имеют, приблизительно, 87% респондентов.

В структуре частных стоматологических организаций Российской Федерации преобладают небольшие стоматологические кабинеты (38,24%), а доля многопрофильных стоматологических клиник составляет всего 2,94%, но у них в частной собственности находится 85,71% оборудования, что является довольно высоким показателем. Однако полностью удовлетворены количеством и качеством диагностической и лечебной аппаратуры (в том числе и стоматологическим оборудованием) лишь 2,94% респондентов, а 79,4% — удовлетворены частично[184]. Также известно, что 92% опрошенных врачей частных клиник России, в целом, удовлетворены своей работой, отношениями в коллективе и с пациентами, 95% врачей — условиями работы. 95% респондентов отмечают материальную заинтересованность в качественном обслуживании пациентов[185].

Со стороны пациентов причиной их обращение к частной клинике стало внимательное отношение медперсонала (52,8%), отсутствие очередей (51,7%), удовлетворительное качество лечения и объем работ (49,4%), наличие современного оборудования и технологий (49,4%), достаточная продолжительность приема (39,3%), высокая квалификация врачей (31,5%), удобство графика работы клиники (23,6%). Подавляющее большинство посетителей частных стоматологических клиник (87,4%) отмечают высокий качественный уровень предоставления услуг, а 74,1% выразили положительное отношение к развитию именно крупных частных клиник.

---

[184] Карцев, А.А. Изучение спроса населения на ортопедическую стоматологическую помощь (социологический аспект) / А.А. Карцев // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - Москва, 2006. - 22с.; Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний / Э.М. Кузьмина // М., МГМСУ. - 2011. - 189 с.

[185] Колесник, А.Г. Мониторинг уровня поступления фторида в организм детей, участвующих в трех проектах фторирования молока в России / А.Г. Колесник // Стоматология. - 2007. - № 5. - С. 52-57.; Колесник, А.Г. Мониторинг фторида в стоматологии / А.Г. Колесник // М., 2007. - 120 с.

Таким образом, создание и функционирование многопрофильных частных стоматологических клиник может рассматриваться как одно из звеньев реформирования сектора здравоохранения, связанного с социально-экономическим положением граждан, их способностью платить за предоставление медицинских услуги[186]. Но как это выглядит в рамках конкретного региона? Мы изучили вопрос на материале Ставропольского края.

Известно, что в Ставропольском крае ежегодное количество обращений к врачам-стоматологам составляет приблизительно 600 тыс., что занимает ведущее место в структуре амбулаторно-поликлинической помощи. Так, стоматологическая служба насчитывает свыше 3,5 тыс. врачей-стоматологов, 1 тыс. зубных техников и 1,2 тыс. среднего и младшего медицинского персонала[187]. Однако по данным на 2013 год, обеспеченность населения Ставропольского края врачами-стоматологами составляла 3,7 на 10 тыс. населения, что значительно ниже, чем в странах Европы: в Дании — 8,8, Норвегии — 8,9, Греции — 8,5, Франции — 7,2, Швеции — 11,0, а в среднем по странам ЕС — 8,8 на 10 тыс. населения[188].

В 2014 году стоматологическая помощь в Ставропольском крае предоставлялась 69 стоматологическими поликлиниками для взрослых, 15 поликлиниками для детского населения, 110 отделениями и кабинетами при

---

[186] Колесник, А.Г. Мониторинг фторида в стоматологии / А.Г. Колесник // М., 2007. - 120 с.; Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний / Э.М. Кузьмина // М., МГМСУ. - 2011. - 189 с.

[187] Кузьмина, Э.М. Выявление навыков ухода за полостью рта путем анкетирования детей России и Финляндии / Э.М. Кузьмина, С.А. Васина, Т.А. Смирнова [и др.] // Стоматология детского возраста. - 2005. - № 1. - С. 55-56.; Кузнецова, И.В. Стоматологическая заболеваемость населения республики Дагестан и разработка программы профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у детей / И.В. Кузнецова // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - 2002. - 23 с.; Козичева, Т.А. Клиническое обоснование применения средств профилактики основных стоматологических заболеваний в различных возрастных группах населения / Т.А. Козичева // Дис. … канд. мед.наук. - М., ММСИ. - 1999.

[188] Кузьмина, И.Н. Профилактика ранних форм кариеса в период прорезывания постоянных зубов у детей / И.Н. Кузьмина // Дис. ... канд. мед.наук. - М., 1996. - 181 с.; Леус, П.А. Коммунальная стоматология / П.А. Леус // ОАО «Брестская типография», 2010. - 284 с.

лечебно-профилактических учреждениях общего профиля[189].

В рамках выполнения глобальных задач ВОЗ до 2020 года — достижение соответствующего уровня стоматологического здоровья населения, при котором 90% детей возрастом 5-6 лет будут иметь здоровые зубы, в возрасте 12 лет среднее количество КПУ зубов не будет превышать 4,8, в возрасте 15 лет здоровый пародонт будет в 5 секстантах из 6, в 18 лет не будет удаленных зубов, а в возрасте 35-44 года удельный вес пациентов с удаленными зубами не будет превышать 1%[190].

Созданный в последние годы в Ставропольском крае частный сектор в области здравоохранения является составной частью медицинской системы. В 2010 году, по данным статистического отдела министерства здравоохранения Ставропольского края, в г. Ставрополе количество стоматологических организаций частной формы собственности было больше, чем государственных стоматологических учреждений. Так, из 441 стоматологического учреждения на долю частных приходится 76,6%, что в 3,3 раза больше государственных (23,4%), при этом четко выражена тенденция роста частных стоматологических организаций.

По другим данным, медицинские услуги населению в Ставропольском крае предоставляют 3500 частных лечебно-профилактических организаций, среди них первое место занимают стоматологические клиники и кабинеты. Частные медицинские структуры, в том числе и стоматологические клиники, работают в современных рыночных условиях на полном хозяйственном расчете, который включает хозяйственную самостоятельность, самофинансирование, обеспечивающее возмещение затрат на арендную плату, расчеты с посторонними организациями, проценты по кредитам, налоги, а прибыль распределяется, по решению владельца, в фонды

[189] Леонтьев, В.К. Организация стоматологической помощи населению и перспектива ее развития в новых условиях хозяйствования / В.К. Леонтьев // Стоматология. - 2008. - № 2. - С. 4-11.
[190] Леус, П.А. Коммунальная стоматология / П.А. Леус // ОАО «Брестская типография», 2010. - 284 с.

производственного и социального развития, оплаты труда[191].

Результаты проведенных в Ставропольском крае социологических исследований показали, что 45,9% респондентов высказались в пользу введений платных медицинских услуг, а 21,4% респондентов положительно оценили перспективы развития частной медицины. Что же касается руководителей и врачей лечебно-профилактических учреждений, то 18,5% из них полностью поддерживают широкое развитие частных медицинских услуг, 69,2% считают, что частная медицина обеспечивает высокое медицинское обслуживание, 63,8% убеждены, что частные медицинские клиники лучше оборудованы и пользуются новейшими технологиями. Среди недостатков функционирования частной медицины 80,6% респондентов называют негативное влияние на бюджет пациентов, а положительным — улучшение материального положения врачей (81,2%)[192] .

Исследования других авторов свидетельствуют, что на сегодня в Ставропольском крае распространена практика теневых платных услуг, которые составляют, практически, две трети расходов пациентов и не пополняют налоговую базу. Можно предположить, что развитие частной практики в сфере здравоохранения позволит ликвидировать теневые медицинские услуги, в том числе и стоматологические, поскольку в ее условиях они будут нецелесообразными. Кроме того, это улучшит материально-техническую базу медицинских организаций за счет средств, которые поступают от предоставления медицинских услуг, повысит мотивацию медицинских работников, как владельцев средств производства, увеличит их заработную плату, создаст конкурентный рынок медицинских услуг, что, в свою очередь, будет содействовать снижению цен на эти услуги и повышению их качества. Однако отдельные авторы считают, что в условиях рыночных отношений большинство медицинских организаций, в

[191] Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных женщин и детей раннего возраста / Э.М. Кузьмина // Метод.реком. / М., ММСИ. - 2009. - 36 с.
[192] Кузьмина, Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России / Э.М. Кузьмина // М.: Информэлектро, 2009. – 228 с.

том числе и стоматологических, должны принадлежать государству и финансироваться, преимущественно, за счет бюджета и страховых взносов. По их мнению, в условиях дефицита бюджета в крае, целесообразным станет снятие ограничений на коммерческие направления деятельности медицинских госучреждений с одновременным расширением сектора учреждений негосударственных. Это расширит возможности граждан в выборе медицинских учреждений и повысит доступность медпомощи[193].

Анализ литературных источников показал, что рынок медицинских услуг в Ставропольском крае развивается. Так, известно, что в существующий системе здравоохранения рыночные отношения представлены, большей частью, коммерческими медицинскими структурами разных организационно-правовых форм и нестабильной системой предоставления платных услуг в государственный медицинских учреждениях, которая сформировалась в результате хронического недофинансирования из бюджета[194]. Существующая Концепция реформирования здравоохранения в России ориентируется на создание многоуровневой системы, соответствующей рыночным условиям, при которой преимущество отдается функционированию медицинских организаций разных форм собственности. В то же время, нормативно-правовая база в России по вопросам частной охраны здоровья до этого времени разработана недостаточно[195].

---

[193] Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний / Э.М. Кузьмина // М., МГМСУ. - 2011. - 189 с.; Кузьмина, Э.М. Фториды в клинической стоматологии / Э.М. Кузьмина, Т.А. Смирнова // М., МГМСУ. - 2011. - 32 с.; Лаптева, Л.И. Эффективность профилактики заболеваний пародонта у 12-летних школьников / Л.И. Лаптева // Современные аспекты профилактики и лечения стоматологических заболеваний: тез.докл. - М., 2000. - С. 113-114.

[194]Кузьмина, Э.М. Фториды в клинической стоматологии / Э.М. Кузьмина, Т.А. Смирнова // М., МГМСУ. - 2011. - 32 с.; Кузнецова, И.В. Стоматологическая заболеваемость населения республики Дагестан и разработка программы профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у детей / И.В. Кузнецова // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - 2002. - 23 с.; Козичева, Т.А. Клиническое обоснование применения средств профилактики основных стоматологических заболеваний в различных возрастных группах населения / Т.А. Козичева // Дис. … канд. мед.наук. - М., ММСИ. - 1999.; Руденко, М.М. Зависимость течения кариеса зубов у школьника от ряда факторов риска / М.М. Руденко // Стоматология. - 2009. - № 6. - С. 25-27.

[195] Леонтьев, В.К. Эффективность лечебно-профилактических мероприятий при семейной диспансеризации у стоматолога / В.К. Леонтьев, Т.В. Бородина // Современные проблемы

Некоторыми авторами отмечается, что в условиях рыночных отношений происходит трансформация взглядов на систему частной медицины как предпринимательской деятельности. Она вырабатывает специфический вид товара — медицинские услугу, обладающую собственной стоимостью[196]. В последние годы удельный вес поступлений частных средств в здравоохранение возрос с 18,3 до 30,2%, то есть в 1, 6 раза. В структуре стоматологических платных услуг, например, самый большой удельный вес приходится на ортопедические вмешательства — 31,9%[197].Это свидетельствует о возрастающей потребности населения в медицинских услугах на современном уровне и возможности населения платить за них.

В России должна быть научно обоснованная стратегия развития системы частных медицинских услуг. Сегодня действительное состояние частной медицинской практики, в целом, оценивается как неблагоприятное. В то же время происходит сегментация рынка, то есть процесс распределения потребителей на группы, в зависимости от нуждаемости, которое требует законодательного и организационно-правового урегулирования деятельности медицинских учреждений негосударственной формы собственности[198]. Позитивным здесь является то, что некоторыми медицинскими работниками применяется единая научно обоснованная модель частной

стоматологии: сб. науч. тр. - Новосиб. мед.ин-т. - Новосибирск, 2008. - С. 84-86.; Лукиных, Л.М. Профилактика основных стоматологических заболеваний в условиях крупного индустриального города/ Л.М. Лукиных // Дис. ... д-ра мед.наук. - М., 2000. - 301 с.; Луцкая, И.К. Механизмы формирования очага подповерхностной деминерализации эмали / И.К. Луцкая // Новое в стоматологии. - 2008. - № 9. – С. 8-19.; Макеева, И.М. Влияние экологических факторов на состояние органов и тканей полости рта у детей / И.М. Макеева // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2012. - 23 с.

[196] Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных женщин и детей раннего возраста / Э.М. Кузьмина // Метод.реком. / М., ММСИ. - 2009. - 36 с.

[197] Леонтьев, В.К. О вероятных изменениях структуры сети государственных и частных стоматологических клиник / В.К. Леонтьев // Стоматология. - 2009. - № 3. - С. 54 -57.

[198] Кузьмина, Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России / Э.М. Кузьмина // М.: Информэлектро, 2009. – 228 с.; Леонтьев, В.К. Эволюция представлений о причинах возникновения кариеса зубов / В.К. Леонтьев, Л.А. Мамедова // Стоматология. - 2010. - № 1. - С. 68-72.; Леонтьев, В.К. Развитие и обоснование системы УЕТ в новых экономических условиях деятельности стоматологических учреждений России / В.К. Леонтьев, В.Т. Шестаков // Стоматология. - 2013. - № 3. - С. 55-60.; Леонтьев, В.К. Оценка основных направлений развития стоматологии / В.К. Леонтьев, В.Т. Шестаков, В.Ф. Воронин // М., 2013. - 118 с.

стоматологической практики (Кравченко В.В., 2007), функционирование которой служит гарантией обеспечения стоматологических услуг населению, особенно, социально незащищенных его слоев, а также предоставление бесплатной неотложной стоматологической помощи. Кроме того, предложенная функционально-организационная модель способна обеспечить предоставление завершенного, качественного цикла лечения стоматологической патологии на едином сервисном поле со стоматологическими организациями государственной формы собственности. В результате, применения предложенной модели частной практики в стоматологии увеличивает в 1,3 раза количество пролеченных пациентов, что и позволяет рекомендовать данную модель для широкого внедрения в практику здравоохранения, хотя и с учетом местных особенностей.

В настоящее время, развитие частного сектора в системе здравоохранения происходит, в основном, путем создания небольших частных медицинских клиник и кабинетов за счет собственных инвестиций. Отсутствие системы контрактных государственных закупок медицинских услуг у поставщиков — субъектов хозяйствования разных форм собственности - приводит к сдерживанию и процессу так называемой функциональной приватизации, которая предусматривает передачу части медицинских услуг в сферы ответственности частного сектора[199].

В связи с введением в действие упрощенной системы налогообложения, учета и отчетности (единого налога) субъектов малого предпринимательства, значительно популяризировалась частная врачебная практика в форме предпринимательства без организации юридического лица. При планировании врачом-предпринимателем расширения бизнеса и дальнейшей эффективной деятельности с партнерами, более выгодным становится создание медицинского предприятия — юридического лица.

[199] Крихели, Н.И. Обоснование проведения профилактических мероприятий при отбеливании зубов / Н.И. Крихели // Дис. … канд. мед.наук. - М., МГМСУ. - 2001.; Леонтьев, В.К. Доклад президента СтАР, академика РАМН В.К. Леонтьева на XI съезде Стоматологической Ассоциации России. - Москва, 2006.

Известно, что 43,18% из общего количества (51,16%) зарегистрированных в России субъектов предпринимательской деятельности, которые получили лицензию на медицинскую практику, являются частными предприятиями[200].

Результаты анализа литературных источников свидетельствуют о том, что, например, в Кочубеевском районе функционируют 23 частных стоматологических кабинета. Однако достоверность приведенных данных вызывает сомнения, поскольку получение лицензий на частную практику происходит, минуя управление здравоохранения края. Кроме того, отсутствует единая упорядоченная отчетность по объему предоставляемых стоматологических услуг в частном секторе, и это необходимо считать существенным недостатком функционирования частной практики[201].

По другим данным[202], в Ставрополе услугами частных стоматологических структур пользуются 5-7% население со средним уровнем доходов, 6% — с высоким и очень высоким его уровнем. При этом только 26,3% пациентов отдают преимущество невысокой цене перед качеством услуги. Ими подтверждено, что положительной чертой развития частного сектора в здравоохранении России есть существенное его влияние на формирование края с целью создания рыночных условий в части финансирования, разгрузку бюджетов всех уровней, рост качества деятельности бюджетных лечебно-профилактических мер за счет развития конкуренции, которая в целом будет содействовать повышению экономической эффективности края и обеспечению 10-15% население

---

[200] Крихели, Н.И. Обоснование проведения профилактических мероприятий при отбеливании зубов / Н.И. Крихели // Дис. … канд. мед.наук. - М., МГМСУ. - 2001.; Лаптева, Л.И. Комплексная медико-педагогическая программа профилактики основных стоматологических заболеваний с учетом возрастных психо-физиологических особенностей детей и подростков / Л.И. Лаптева // Дис. … канд. мед.наук. - М., МГМСУ. - 2001.; Максимов, Е.А. Гигиеническая оценка и пути оптимизации централизованного питьевого водоснабжения крупного промышленного города / Е.А. Максимова // Автореф. дис. канд. мед.наук. - Рязань, 1997. - 22 с.

[201] Максимова, О.П. Организационные аспекты оставления программ профилактики кариеса у школьников на основе эпидемиологических данных / О.П. Максимова, Н.В. Морозова, Н.М. Елкина // Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны: тр. ЦНИИС. - М.Д. - 2009. - С. 116-119.

[202] Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных женщин и детей раннего возраста / Э.М. Кузьмина // Метод.реком. / М., ММСИ. - 2009. - 36 с.; Марталер, Т.М. Фторирование соли (обзор) / Т.М. Марталер // Новое в стоматологии. - 2014. - № 2. - С. 15.

высококачественной медпомощью, в том числе и стоматологической. А к негативным чертам частных структур они относят их незаинтересованность в удовлетворении требований тех пациентов, которые не могут платить за предоставление медицинских услуг, ограничивая, таким образом, доступ контингента хронически больных к обследованию и лечению [203].

В Ставропольском крае при обращении пациентов в частные стоматологические учреждения только 29% анкетированных имели возможность платить собственные средства за лечения и 24% — за профилактические мероприятия в стоматологической практике[204].

Развитие частных лечебно-профилактических организаций, в том числе и стоматологических, имеет свои особенности, которые связаны с них организационно-правовой формой и формированием определенных экономических отношений [205].

Отличием частной медицинской практики в современной России является низкая покупательная способность населения, высокие налоги, например, налог на добавочную стоимость составляет 20% от объема выполненных работ, налог на прибыль — 30%[206]. В то же время, в развитии частной медицинской практики существуют серьезные проблемы, к которым авторы относят, прежде всего, отсутствие государственной программы развития частной деятельности в системе здравоохранения (100%), высокие возмещения на налоги (87,4%), юридические преграды (58,6%), проблемы приобретения или аренды помещений (56,8%), несовершенство нормативно-правовой базы (54,5%). Кроме того, результаты проведенных исследований показали, что основной тип частной медицинской практики, которому отдали

---

[203] Там же.

[204] Методика учета условных единиц трудоемкости по видам работ врачей стоматологических учрежд. Пр. Минздрава СССР от 17.07.90г. №10-11/76.

[205] Морозова, Н.В. Профилактика в детской стоматологии / Н.В. Морозова, Е.В. Басманова, К.В. Хроменкова [и др.] // Стоматология для всех. - 1998. - №2 (3). - С. 19-22.; Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10. 3-е изд-е. // ВОЗ, Женева, 1997. - 248с. ; Набатова, Т.А. Роль стоматологического просвещения родителей в поддержании здоровья полости рта детей / Т.А. Набатова // Дис. … канд. мед.наук. - М., МГМСУ. - 2000.

[206] Пахомов, Г.Н. Основы организации стоматологической помощи населению / Г.Н. Пахомов // М.: Медицина, 2013. – 208 с.

предпочтение при опросе, это индивидуальная практика, которая большей частью предоставляет ограниченные виды медицинских услуг. Однако при этом обосновывалась и целесообразность создания одно- или многопрофильных частных медицинских структур.

Среди опрошенных респондентов 35% одним из главных препятствий функционирования учреждений частной стоматологической практики подчеркнули именно существование высоких налогов, в связи с чем 65% предпринимателей платят единый фиксированный налог с упрощением объема документации и отсутствием кассового аппарата, который позволяет уменьшить вмешательство налоговых органов в их деятельность[207]. При этом 34% респондентов полагают целесообразным образование Ассоциации владельцев частных стоматологических предприятий, которая бы проводила политику защиты их интересов перед государственными органами.

Среди первоочередных задач функционирования частного стоматологического сектора, 70% респондентов выделяют решение на государственном уровне вопросов кредитования, преодоление бюрократических отношений в работе частных стоматологических клиник, совершенствование ценовой политики, повышение компетентности частных предпринимателей в финансово-правовых вопросах[208]. В Ставропольском крае главной проблемой частной практики остается формирование и определение рациональной ценовой политики, что подчеркнули 85% из опрошенных частных стоматологов.

Анализ структуры себестоимости стоматологических услуг установили, что 50% затрат приходится на оплату медицинского персонала и повышения его профессионального уровня, поскольку последнее обусловливает конкурентноспособность частных стоматологических услуг на

[207] «О комплексной программе развития стоматологической помощи в СССР до 2000г.». Приказ Минздрава СССР от 18.11.1988г. - М., 1988. - 45 с.; Организация профилактики основных стоматологических заболеваний: метод, указания. - М., 1986. - 29 с.

[208] Пахомов, Г.Н. Основы организации стоматологической помощи населению / Г.Н. Пахомов // М.: Медицина, 2013. – 208 с.

существующем российском рынка[209]. Второе место в структуре затрат частной стоматологической практики занимают затраты на материалы (16%), что обусловлено приобретением и использованием новейших технологий, а третье — современное стоматологическое оборудование и его обслуживание (14%). Следовательно, полученные данные могут быть основанием для прогнозирования будущей модели частного стоматологического учреждения.

Нужно подчеркнуть, что 75% опрошенных частных врачей-стоматологов не поддерживают идею создания многопрофильной частной клиники, поскольку, с их точки зрения, такая структура как небольшой частный стоматологический кабинет, наиболее функциональнее в условиях большого города[210].

Однако другие авторы отмечают, что в условиях многопрофильной частной клиники диагностика и лечение отдельных видов распространенной стоматологической патологии, например генерализованного пародонтита, целесообразнее, поскольку уровень профессионального оснащения, внедрение новейших технологий и квалификационная подготовка врачей значительно выше, чем в небольших частных кабинетах. В таких клиниках за последние два года 77,7% пародонтологических больных получили полный курс комплексного лечения у специалистов разного профиля[211].

Необходимость создания функционирующей правовой базы для защиты как врачей, так и пациентов частных стоматологических клиник на сегодняшний день очевидна, учитывая существующие в этих учреждениях

---

[209] Пахомов, Г.Н. Фторирование молока для профилактики кариеса. // М. - Ж., 1998.; Пахомов, Г.Н. Разработка и внедрение проектов фторирования молока для профилактики кариеса зубов у детей на территории Российской Федерации / Г.Н. Пахомов, А.Г. Колесник, Э.М. Кузьмина [и др.] // Материалы II съезда Стоматологической ассоциации (Общероссийской), Волгоград, 23-25 мая 1994 г. - Екатеринбург, 1995. - С. 61-67.

[210] Кулаков, А.А. Организация системы профилактики основных стоматологических заболеваний детского населения России» Концепция / А.А. Кулаков, В.Т. Шестаков, А.Г. Колесник [и др.] // М. - 2006.; Паршин, И.И. Новый способ исследования органов ротовой полости в клинике терапевтической стоматологии / И.И. Паршин // Современные методы диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний: сб. науч. тр. - Рязань, 1999. - С. 20-21.

[211] Мониторинг и оценка оздоровления полости рта: доклад Комитета экспертов ВОЗ // ВОЗ, Женева, 2011. - 73с.; Пашаев, К.П. Динамика поражённости кариесом зубов и болезнями пародонта у населения разных территориально-административных зон Таджикистана / К.П. Пашаев, А.В. Алимский, Г.Г. Ашуров [и др.] // Стоматология. - 2007. - № 5. - С. 62-64.

денежные отношения[212].

Относительно правовых отношений, которые возникают между клиникой и пациентом, существуют разные точки зрения[213]. Эту проблему необходимо считать ключевой в определении правового режима осуществления частной стоматологической помощи[214]. Так, из некоторых источников известно о существующих широких правах пациента при обращении за стоматологической помощью и при ее получении в частных стоматологических клиниках на разных уровнях. Среди них — право на чуткое и гуманное отношение, собственный выбор лечебно-профилактического учреждения и врача, добровольное согласие на медицинское вмешательство, компенсацию в случае причинения вреда его здоровью, обжалование неправомерных решений и действий медицинских работников[215].

Другие источники свидетельствуют, что, при условиях действующих рыночных отношений, медицинская услуга как товар приобретает свое правовое содержание. Именно поэтому относительно стоматологической практики может быть использована норма действующего гражданского законодательства, согласно которой за соглашениями предоставления услуг исполнитель обязуется предоставить их с учетом пожеланий заказчика, а заказчик — уплатить их стоимость. Авторы считают, что специфика работы врачей частных стоматологических учреждений состоит в объединении его

---

[212] Кузьмина, Э.М. Ситуационный анализ стоматологической заболеваемости как основа планирования программ профилактики / Э.М. Кузьмина // Дис. … докт. мед.наук. - М., ММСИ. - 1995.; Лукиных, Л.М. Профилактика основных стоматологических заболеваний в условиях крупного индустриального города/ Л.М. Лукиных // Дис. ... д-ра мед.наук. - М., 2000. - 301 с.; Ронь, Г.И. Новая лечебно-профилактическая зубная паста / Г.И. Ронь, Т.М. Еловикова // Новое в техническом обеспечении стоматологии: материалы конференции стоматологов. - Екатеринбург, 2012. - С. 42-43.

[213] Кузьмина, Э.М. Ситуационный анализ стоматологической заболеваемости как основа планирования программ профилактики / Э.М. Кузьмина // Дис. … докт. мед.наук. - М., ММСИ. - 1995.

[214] Крихели, Н.И. Обоснование проведения профилактических мероприятий при отбеливании зубов / Н.И. Крихели // Дис. … канд. мед.наук. - М., МГМСУ. - 2001.; Ронь, Г.И. Новая лечебно-профилактическая зубная паста / Г.И. Ронь, Т.М. Еловикова // Новое в техническом обеспечении стоматологии: материалы конференции стоматологов. - Екатеринбург, 2012. - С. 42-43.

[215] Лукиных, Л.М. Профилактика основных стоматологических заболеваний в условиях крупного индустриального города/ Л.М. Лукиных // Дис. ... д-ра мед.наук. - М., 2000. - 301 с.

профессиональной деятельности с областями здравоохранения, экономики и права. Кроме того, продуктивная деятельность специалиста, особенно руководителя клиники, в современных условиях нуждается в овладении экономическим мышлением, ориентацией в законодательстве и в сфере предпринимательства, основами маркетинга и менеджмента, умении оперативно принимать рациональные решения в сложных ситуациях[216].

Для обеспечения качества лечения и обследование стоматологических больных, а также с целью предоставления гарантий правовой защиты врачей частных стоматологических клиник, необходимо повысить требования к соблюдению стандартов стоматологического лечения и ведения лечебной документации[217]. Жаль, такая система пока что не имеет полноценной нормативной базы.

Известно, что отдельные специалисты в России осуществляют попытки разработки форм единой документации для частных стоматологических клиник, а именно — медицинской карты стоматологического больного частного медицинского учреждения[218]. Предложенные ими формы лечебной отчетности учитывают специфику комплексного обследования и лечения в частном стоматологическом секторе, они направлены на предупреждение конфликтных ситуаций между пациентом, который платит за услуги, и клиникой, требуя соблюдение качества и квалифицированного обслуживания в современных рыночных условиях[219].

Создание рациональной системы управления частной

---

[216] Максимов, Е.А. Гигиеническая оценка и пути оптимизации централизованного питьевого водоснабжения крупного промышленного города / Е.А. Максимова // Автореф. дис. канд. мед.наук. - Рязань, 1997. - 22 с.

[217]Пожарицкая, М.М. Роль слюны в физиологии и развитии патологического процесса в твёрдых и мягких тканях полости рта. Ксеростомия / М.М. Пожарицкая // М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2011. - 48 с.

[218] Профилактика стоматологических заболеваний у беременных женщин и детей раннего возраста: метод.рекомендации. - М., 2009. - 36с.

[219] Равинская, А.А. Программа профилактики основных стоматологических заболеваний у рабочих химического производства / А.А. Равинская // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 1998. - 29 с.; Рождественская, Н.В. Эффективность профилактики и лечения кариеса зубов у детей раннего возраста / Н.В. Рождественская // Автореф. дисс. ... канд. мед.наук. - Волгоград, 2010.-18с.

стоматологической практикой становится одной из наиболее актуальных современных проблем. С одной точки зрения это, прежде всего, касается развития разных форм собственности стоматологической помощи, формирование рынка стоматологических материалов, оборудования и услуг, обеспечение защиты и стимулирование отечественного производителя, проблем подготовки и профессионального усовершенствования врачей-стоматологов в современных экономических условиях. Одним из основных направлений реформирования стоматологической помощи населению авторы считают усовершенствование системы информационного анализа статистических показателей, создание принципиально новой комплексной системы, которая бы адекватно отображала результаты деятельности организаций здравоохранения, в том числе и частных. Отдельно указано, что система критериев оценки показателей лечебно-профилактической и финансовой работы и методика их расчетов должны быть единой, научно обоснованной для медицинских предприятий всех форм собственности[220].

Современное экономическое состояние государства, развитие рыночных отношений, существующие нужды производства и реализации медицинских услуг, а также многочисленные, кое-где противоречивые, взгляды на состояние отрасли, и очевидная необходимость ее реформирования, подталкивают все социальные субъекты к организационным и правовым изменениям на государственному уровне включающим:

- создание четкой структуры стоматологической помощи в Российской Федерации;
- профилактику основных стоматологических заболеваний;

[220] Адмакин, О.И. Стоматологическая заболеваемость населения в различных климато-географических зонах России. // Дис. … канд. мед.наук. - М., ММСИ, 1999. - 210 с.; Кузнецова, И.В. Стоматологическая заболеваемость населения республики Дагестан и разработка программы профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у детей / И.В. Кузнецова // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - 2002. - 23 с.; Козичева, Т.А. Клиническое обоснование применения средств профилактики основных стоматологических заболеваний в различных возрастных группах населения / Т.А. Козичева // Дис. … канд. мед.наук. - М., ММСИ. - 1999.

- улучшение финансирования и материально-технического обеспечения стоматологической службы;
- юридической и гражданско-правовой защищенности, как врачей стоматологов, так и пациентов;
- создание равных условий для предприятий всех форм собственности;
- приведение нормативной базы к мировым стандартам;
- контроль в процессах лицензирования, аккредитации и аттестации медицинских кадров;
- приведение учебных программ к европейским стандартам;
- усовершенствование системы последипломного образования;
- развития системы управления стоматологической помощи;
- разработки алгоритма диагностики и предоставления стоматологической услуги и внедрение стандартов;
- развития отечественного производства;
- развития активной деятельности отечественных производителей и дилеров продукции стоматологического назначения;
- улучшение информационного обеспечения и сопровождения деятельности стоматологических организаций.

Таким образом, очевидно, что главной проблемой частных стоматологических клиник является отсутствие нормативно-законодательного обеспечения их деятельности. Частная медицина в России и, в частности, в Ставропольском крае, развивается быстрыми темпами, и вопрос нормативно-правового урегулирования, моделирование деятельности, проблемы ценообразования и других сторон деятельности частных стоматологических организаций приобретают приоритетное значение.

Можно сделать вывод, что специализация медицинской помощи является одним из основных направлений совершенствования системы организации самой медицинской помощи, способствующая повышению ее

качества[221]. Наиболее совершенной формой в иерархии организационных структур стоматологической службы являются высокотехнлогичные специализированные (в т.ч. имплантологические) центры, обеспечивающие комплексное оказание стоматологической помощи и преемственность при лечении патологии любой тяжести[222].

Представленные в медицинской литературе работы убедительно свидетельствуют о том, что развитие отечественной дентальной имплантологии как высокотехнологичного метода реабилитации пациентов с частичной или полной утратой зубов, зависит не только от положительных результатов научных изысканий в области остеоинтеграции, но и от совершенствования уровня организации данного вида помощи.

К сожалению, несмотря на высокий интерес социологии медицины к стоматологической проблематике[223], а также наличие хорошей

---

[221] Басманова, Е.В. Некоторые проблемы дополнительного профессионального образования в стоматологии / Е.В. Басманова, Н.В. Морозова, В.В. Ломагин // Пути совершенствования последипломного образования специалистов стоматологического профиля. Актуальные проблемы ортопедической стоматологии и ортодонтии: тезисы. - М., 2012. - С. 36-38.; Виноградова, Т.Ф. Стоматология детского возраста / Т.Ф. Виноградова, О.П. Максимова, В.В. Рогинский // Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2012. - 528 с.; Грудянов, А.И. Методы профилактики заболеваний пародонта и их обоснование / А.И. Грудянов // Стоматология. - 2005. - № 3. - С. 21-24.; Колесник, А.Г. Химические средства профилактики кариеса зубов / А.Г. Колесник, Т.Л. Пилат // Стоматология. - 2010. - № 1. - С. 86-91.; Хамадеева, А.М. Оценка готовности населения и системы здравоохранения к реализации программ профилактики в области стоматологии / А.М. Хамадеева // Автореф. дис. ... докт. мед.наук. - Самара, 2000. – 42 с.

[222] Галиуллин, А.Н. Клинико-статистический анализ заболеваемости кариесом зубов у детей, проживающих в городах республик Среднего Поволжья / А.Н. Галиуллин, А.В. Иванов, И.В. Андреев // Материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию Центра Госсанэпиднадзора в Республике Марий Эл. - Йошкар-Ола, 2006. - С. 19-23.; Гаража, Н.Н. О влиянии кисловодского Нарзана на частоту и интенсивность кариеса зубов и состояние пародонта / Н.Н. Гаража, И.М. Флейшмахер // Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 33-36.; Гарвалинская, Б.Г. Уровень знаний о гигиене полости рта у детей различного возраста и пола г. Хабаровска при реализации стоматологической программы / Б.Г. Гарвалинская // Современные проблемы стоматологии: сб. науч. тр. / Новосиб. мед.ин-т. - Новосибирск, 2008. - С. 154-155.; Законодательные основы профессиональной деятельности медицинских работников / Сборник официальных документов. - Изд. «Квартет», 2005. - 227 с.; Терехова, Т.Н. Неспецифическая резистентность полости рта у детей дошкольного возраста при профилактике кариеса зубов фторированной солью / Т.Н. Терехова // Стоматология. - 2008. - № 2. - С. 45-47.

[223]Ефименко С. А. Социология пациента. : Автореф. дис. … докт. мед.наук / С. А. Ефименко. – М., 2007. – 48 с.; Леонтьев В. К. Мнение стоматологов о стоматологической службе, стоматологической помощи и стоматологии России в целом (состояние, недостатки, пути развития) / В. К. Леонтьев, В. Н. Олесова // Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России URL: http://e - stomatology. ru/publication/mnenie/(Дата обращения 01. 11. 2013г.); Михальченко Д. В. Отношение пациентов к платным стоматологическим услугам / Д. В. Михальченко // Социология медицины. – 2007. - № 2. – С 44 – 48; Михальченко Д. В. Социально-

методологической базы, разработанной академиком РАН А.В.Решетниковым[224], проблемы имплантологии пока не нашли в данной дисциплине своего адекватного решения.

психологические аспекты комплаентности пациентов в стоматологической практике/ И. В. Фирсова, Д. В. Михальченко// Вестник ВолГМУ. – 2007. – N2. – С 36 – 40; Михальченко Д. В. Экспресс - оценка уровня мотивации к стоматологическим лечебно - профилактическим мероприятиям / Д. В. Михальченко, Е. М. Чаплиева, Л. Б. Осадшая, С. В. Клаучек. – Волгоград. : Изд-во ВолГМУ. – 2009. – 25 с; Нецепляев Д. А. Государственные и негосударственные лечебные организации: выбор горожан / Д. А. Нецепляев, В. А. Мажаренко // Социология города. – 2010. - №4. – С 29 – 34; Силантьева С. Г. Отношение населения к проблеме профилактики стоматологических заболеваний (по результатам социологического опроса). / С. Г. Силантьева, О. А. Козаченко, Н. Б. Соловьева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. - №5. – С. 19 – 21; Социальная солидарность. Социология. URL: http://socio. rin. ru/cgi - bin/article. pl?id=961 (Дата обращения 01. 11. 2013г.); Статистика. Метод скользящей средней. 2012 URL: http://helpstat. ru/2012/02/metod - skolzyashhey - sredney/ (Дата обращения: 22. 07. 2013г.); Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние твердых тканей зубов. Распространенность зубочелюстных аномалий. Потребность в протезировании. / Под ред. Проф. Э. М. Кузьминой. – М.: 2009. – 236 с.; Токарева Ю. М. Многофакторный анализ оценки качества медицинской помощи как метод социальной работы в здравоохранении / Ю. М. Токарева // Материалы Всероссийской научно - практической конференции «Социальная работа в регионе: состояние, проблемы перспективы», Республика Башкортостан. – 2009. – С. 122 - 125.

[224]Решетников А. В. Социология медицины (введение в научную специальность): Руководство. / А. В. Решетников – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. - 976 с.; Решетников А. В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (Часть III) / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2011. – № 1(18). – С. 3 - 14.; Решетников А. В. Социология обязательного медицинского страхования (часть III) / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2013. – № 2. – С. 3 - 10.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика обследуемых групп пациентов

В соответствии с целью настоящего исследования выработан специальный методический подход для ее реализации. Суть его заключалась в том, что было запланировано проведение социологических исследований одновременно в двух типах стоматологических учреждений, а именно анкетирование пациентов, обращающихся за имплантологической помощью в городскую стоматологическую поликлинику №1 г. Ставрополя (ГСП-1) а также пациентов, обращающихся за подобной стоматологической помощью в коммерческую структуру – ООО НПО «Аполония» г. Ставрополя. С этой целью разработаны две специальные социологические анкеты.

Первая социологическая анкета содержала следующие разделы: пол, возраст пациента, его образование, профессию. В ней также отражался уровень дохода респондентов, обращаемость ранее за имплантологической помощью, время обращения и название учреждения. При этом отмечался объем оказанной имплантологической помощи. Выяснялось, как респонденты оценивали эффективность ранее проведенного им имплантологического лечения в данном конкретном типе стоматологического учреждения. При этом дифференцированно выяснялось качество косметической и функциональной эффективности проведенного лечения. Одновременно с этим уточнялось, нуждаются ли изготовленные ранее зубные протезы, установленные на дентальные имплантаты в замене, и если да, то какие именно. Важнейший раздел анкеты был посвящен выяснению мотивационных предпосылок обращаемости респондентов за имплантологической помощью в государственное учреждение.

Таблица 1

Анкетирование пациентов по вопросам обращаемости пациентов в ГСП-1 (в % M ± m)

Вопросы анкеты	В среднем (стандартизиров. показатель)
1. Пол:	
Мужчина	104±44,8
Женщина	128±55,1
2. Возраст:	
20-30 лет	48±20,6
30-40 лет	56±24,1
40-50 лет	52±22,4
50-60 лет	44±18,9
60 и более	32±13,7
3. Образование:	
Среднее	32±13,7
Высшее	200±86,2
4. Профессия:	
Рабочий	30±12,9
Служащий	146±62,9
Предприниматель	56±24,1
5. Уровень дохода:	
ниже среднего	-
Средний	112±48,2
выше среднего	78±33,6
Высокий	42±18,1
6. Обращались ли ранее за имплантологической помощью:	
Да	36±15,5
Нет	196±84,4
7. Объем оказанной ранее имплантологической помощи:	
Полный	10±27,7
Неполный	26±72,2
8. Как вы оцениваете эффективность ранее проведенного имплантологического лечения:	
Неудовлетворительный	10±27,7
удовлетворительный в полной мере	4±11,1

удовлетворительный в неполной мере	18±50,0
Хорошо	4±11,1
Отлично	-

При этом давалось несколько вариантов ответов, а именно: «высокое качество лечения и протезирования, престижное учреждение, высококвалифицированный персонал, современное оборудование, оснащение» и т.д. Кроме того, респонденту предоставлялась возможность не только подчеркнуть нужный, по его мнению, ответ, но и высказать другое суждение и фактор личной мотивации по данному вопросу.

Заключительные разделы анкеты были посвящены оценке респондентами цен на имплантологические стоматологические услуги, также им предоставлялась возможность высказать свои предложения по совершенствованию организации имплантологической стоматологической помощи. Всего по данной анкете было проинтервьюировано 232 пациента в возрасте от 20 лет до 60 лет и старше в течение 2011-2013 гг.

Вторая анкета была направлена на изучение обращаемости населения за имплантологической стоматологической помощью в коммерческую структуру. Она также как и первая, содержала анкетные данные каждого конкретного респондента, отражала его социальное положение, а также уровень дохода. Важный раздел анкеты также касался оценки мотивационных предпосылок обращаемости респондентов в данную коммерческую структуру. При этом также давалось несколько вариантов ответов («высокое качество обслуживания, современное оборудование, оснащение, высокая квалификация персонала, малые сроки протезирования, отсутствие очередности, хороший сервис») или предлагалось отразить в свободной графе возможное другое мнение респондентов.

Респондентам предлагалось также оценить уровень цен в данном конкретном учреждении, их приемлемость. Кроме того, выяснялось, где пациент ранее получал имплантологическую стоматологическую помощь (в

районной поликлинике, либо в частной структуре). При этом просили респондентов ответить на вопрос, как они оценивают качество оказанной им там имплантологической помощи. Выяснялось также, имеет ли для них значение отдаленность лечебного учреждения от места жительства, и от кого они получили информацию о данном учреждении.

Задавался также вопрос о том, протезировались ли они ранее в изучаемой клинике и если да, то, как оценивают качество имплантологической и ортопедической помощи в данной негосударственной клинике. Специально выяснялся вопрос, были ли переделки зубных протезов, установленных на дентальные имплантаты у тех лиц, которые ранее обращались в данное учреждение.

Заключительный вопрос анкеты, также как и в первой, касался учета предложений респондентов по совершенствованию оказания имплантологической стоматологической помощи в данной клинике. Всего по данной анкете в 2011-2013 гг. было опрошено 200 респондентов в возрасте от 20 до 60 лет и старше, обратившихся за имплантологической стоматологической помощью в коммерческую клинику ООО НПО «Аполония» г. Ставрополя.

В обеих организациях проинтервьюировано 432 пациента примерно в равном соотношении. Число обследованных соответствовало минимальному необходимому количеству респондентов, рекомендуемому ВОЗ (2008) для эпидемиологических и социологических исследований подобного рода.

Следует отметить, что применение количественных методов исследования на данном этапе работы было обусловлено определенной незавершенностью основного проекта – создания и внедрения модели краевого центра дентальной имплантологии.

Таблица 2

Анкетирование пациентов по вопросам обращаемости пациентов в ООО НПО «Аполония» (в % M ± m)

Вопросы анкеты	В среднем (стандартизированный показатель)
1. Пол:	
Мужчина	78±39,0
Женщина	122±61,0
2. Возраст:	
20-30 лет	28±14,0
30-40 лет	42±21,0
40-50 лет	54±27,0
50-60 лет	46±23,0
60 и более	30±15,0
3. Образование:	
Среднее	18±9,0
Высшее	182±91,0
4. Профессия:	
Рабочий	36±18,0
Служащий	66±33,0
Предприниматель	98±49,0
5. Уровень дохода:	
ниже среднего	-
Средний	34±17,0
выше среднего	92±46,0
Высокий	74±37,0
6. Обращались ли ранее за имплантологической помощью:	
Да	78±39,0
Нет	122±61,0
7. Объем оказанной ранее имплантологической помощи:	
Полный	26±33,3
Неполный	52±66,6
8. Как вы оцениваете эффективность ранее проведенного имплантологического лечения:	
Неудовлетворительный	52±66,6
удовлетворительный в полной мере	6±7,6
удовлетворительный в неполной мере	18±23,0
Хорошо	2±2,5
Отлично	-

Применение качественных методов (кейс-стади, фокус-групп, глубинных интервью) возможно только в исследовательском поле сформированных объектов анализа. В нашем случае такие методы целесообразно применять, когда институализация дентальной имплантологии будет завершена.

2.2. Характеристика нуждаемости пациентов в ортопедическом лечении с использованием метода дентальной имплантации

С целью изучения потребности населения г. Ставрополя в зубном протезировании с использованием метода дентальной имплантации проводился социологический опрос пациентов, обращающихся в стоматологические амбулаторно-поликлинические организации различных форм собственности. Оценка уровня, репрезентативности исследования показала, что ошибка выборки по базовым вопросам анкеты не превышает 5% при доверительном коэффициенте 0,95.

Объем выборки по изучению потребности в дентальной имплантации среди населения г. Ставрополя составил 1000 человек, в том числе 418 мужчин (43,6%) и 582 женщины (56,4%): Социальный статус анкетируемых представлен следующим образом: 54,4% составили служащие, 17,4% - рабочие, 18,8% медицинские работники различных ЛПУ города, 9,4% - лица пенсионного возраста. Среди респондентов 15,6 % были в возрасте до 20 лет, 17,4% - 20-29 лет , 26,6% - 30-39 лет , 23,4% - 40-49 лет, 18,6% - 50-59 лет, 9,4% - 60 лет и старше.

Анкетирование проводили с целью определения степени информированности населения г. Ставрополя о методе дентальной имплантации и последующей оценки данной технологии. С целью выявления сопутствующей хронической патологии у пациентов, и определения показаний и противопоказаний к дентальной имплантации была разработана анкета пациента для оценки функционального состояния его организма.

Объем выборки составил 293 человека, в том числе 124 мужчин и 169 женщин. Возрастной состав анкетируемых был представлен следующим образом: 20-29 лет - 32 человека (10,9%), 30-39 лет - 55 пациент (18,8%), 40-49 лет - 59 исследуемых (20,1%), 50-59 лет - 83 человека (28,3%), 60 лет и старше - 64 респондента (21,8%). Вопросы анкеты были направлены, на выявление аллергических реакций, хронических легочных заболеваний, заболеваний сердечно-сосудистой системы, крови, эндокринной патологии, психических расстройств, а для женского населения - наличие беременности или лактации в момент исследования. С целью улучшения качества диспансерного наблюдения пациентов, которым проведено лечение с использованием методов дентальной имплантации, были разработаны специальные «Рекомендации пациенту после операции дентальной имплантации». Анкетирование пациентов проводилось в 5 наиболее крупных частных стоматологических клиниках (КЧСК) г. Ставрополя в период с 2011 по 2013 гг.

2.3. Характеристика материально-технического оснащения стоматологических учреждений различных форм собственности

Для изучения материально-технической оснащенности лечебно-диагностического процесса в Ставропольском крае (СК) проведен опрос-анкетирование руководителей медицинских стоматологических организаций (МСО) государственной (ГСЗ), муниципальной (МСЗ) и частной (ЧСЗ) систем здравоохранения. Выборка представлена руководителями 58 организаций, из них 12 МСО (20,7%), 16 МСЗ (27,6%) и 30 ЧСЗ (51,7%).

Среди опрошенных 58 главных врачей (34,5%), 110 заведующих отделениями (65,5%). Общий объем выборки составил 168 человек, в том числе 113 мужчин и 55 женщин. Возрастной состав анкетируемых был представлен следующим образом: 20-29 лет - 3 человека (1,8%), 30-39 лет - 16 (9,5%), 40-49 лет - 59 опрошенных (35,1%), 50-59 лет - 65 человек (38,7%),

60 лет и старше - 25 респондентов (14,9%). Оценка уровня, репрезентативности исследования показала, что ошибка выборки по базовым вопросам анкеты не превышает 5% при доверительном коэффициенте 0,93.

При составлении анкеты взят за основу «Табель оснащения рабочего места врача-стоматолога для оказания амбулаторно-поликлинической помощи при виде деятельности по специальностям «стоматология терапевтическая», «стоматология ортопедическая» и «стоматология хирургическая», утвержденный Советом Стоматологической Ассоциации России 14 сентября 2012 г. Отдельный раздел анкеты посвящен оснащенности кабинетов самым современным, инновационным оборудованием. В частности, оценивали уровень оснащенности оборудованием для местного обезболивания (компьютерный беспроводной шприц «Anaeject», насадка на карпульный шприцVibrajet VJR3R Rechargeable), для атравматичного удаления зубов (экстракторы «Physicsforceps»), систем для удаления корней зубов («EASYX-TRAC-system» и Sapian Root Remove System), инструментов для немедленной дентальной имплантации, открытого и закрытого синус-лифтинга (хирургический набор «DASK»).

Таблица 3

Критерии исследуемых стоматологических клиник

Критерии	Оценивали (+)
1. Количество и качество медицинского персонала	+
2. Количество и современность стоматологического оборудования и технологий	+
3. Объем лечебной работы	+
4. Номенклатура услуг, их стоимость и сложность	+
5. Количество единиц консультативного приема	+

Сравнительный анализ деятельности указанных стоматологических учреждений, как социальных систем, проводили с использованием пяти аспектов системного подхода, которые являлись наиболее доступными и

показательными оценочными критериями, в частности:

1. Основными компонентами работы стоматологических учреждений, при взаимодействии которых, обеспечивается выполнение возложенных на них функций являются:

- - состав медицинского персонала в количественном и качественном отношении;
- состояние материально-технической базы — наличие необходимого оборудования (количество, современность) и технологий, применяемых в данном стоматологическом учреждении.

2. С позиции системно-функционального подхода деятельность организаций сравнивали, учитывая следующие показатели:

- объем выполненных работ;
- номенклатура услуг, их стоимостью и сложностью;
- организационные принципы консультативного, лечебного и учебного процессов;
- состояние финансирования организаций (смета исследуемых клиник);
- качество и удобства предоставления стоматологических услуг, которое оценивали методом социологического опроса и экспертных оценок.

3. Взаимодействие и взаимосвязь внутренней организации клиник (подразделов) оценивали с использованием системно-структурного аспекта, которое состояло в определении организационной формы хозяйственной деятельности, анализа связи структурных подразделов и их взаимодействия.

4. При характеристике системно-коммуникационного компонента оценивали внешнее взаимодействие клиник с отечественными и зарубежными партнерами, обмен опытом, сотрудничество в лечебной работе и учебном процессе.

5. Факторы, которые объединяют всю систему и обеспечивают ее интенсивное развитие, анализировали с применением системно-интегративного

аспекта по следующим критериям:

- условия профессионального роста персонала, создание положительной мотивации к ним деятельности (моральное и материальное стимулирования);
- внедрение новейших стоматологических технологий;
- создание положительного имиджа учреждения.

Социологические исследования, использованные на всех указанных этапах программы (2011-2014 гг.) включали методы социологического опроса и экспертных оценок.

Для сбора социологических данных применяли метод анонимного анкетирования разных групп респондентов (пациентов, врачей), отобранных методом случайной выборки (2011-2014 гг.), а объем и качество стоматологической помощи представлены на основании результатов экспертной оценки медицинских карт амбулаторных больных (табл. 4).

Таблица 4

Виды анкетирования и респондентов

Вид анкетирования	Объект анкетирования	Кол-во респондентов
ПАЦИЕНТЫ		
I	Уровень (удовлетворенность) оказания стоматологической помощи	140
ВРАЧИ		
II	Уровень (удовлетворенность) работы ассистентов	37
III	Уровень (удовлетворенность) работой администраторов	25
Всего:		202
МЕДИЦИНСКИЕ АМБУЛАТОРНЫЕ КАРТОЧКИ БОЛЬНЫХ		
Социальный статус пациентов, объема и качества стоматологической помощи		3166

В анкетировании участвовали пациенты, которые обращались за стоматологической помощью в исследуемые учреждения. Их опрос проводили по специальным анкетам, перечень вопросов позволил установить уровень удовлетворенности предоставления стоматологической помощи в клинике,

впечатлений от посещения клиники и от работы ее администраторов.

Результаты анкетирования врачей исследованных стоматологических клиник, позволили установить определенные критерии уровня удовлетворенности респондентов относительно работы ассистентов врача и администраторов.

Достоверность полученной информации обеспечивалась соответствующим объемом исследований, методикой подбора групп и анонимностью его выполнение.

2.4. Методы статистического анализа

Материалы исследования подвергнуты математической обработке на персональном компьютере с помощью пакетов статистических программ Exel2007, STATISTICA v.10,0. Результаты представлены в виде средней арифметической и ее стандартной ошибки (M±m). Полученную информацию переносили в сводные таблицы. По всем изучаемым показателям осуществляли расчет точечных и интервальных оценок: среднего значения, дисперсии, стандартной ошибки и абсолютной ошибки при доверительной вероятности $\alpha = 0,95$.

Достоверность различий выборочных средних величин оценивали разностным методом, а достоверность различия определяли по критерию Стьюдента при соответствующей степени свободы. Взаимосвязь между количественными признаками изучали на основе коэффициентов корреляции, значимость которых определялась при помощи таблицы критических значений коэффициентов корреляции для соответствующих степеней свободы. Для характеристики интервала индивидуальной нормы был использован метод дисперсионного анализа для вычисления наименьшей существенной разницы. Сравнение долей интересующего признака осуществлялось по методу Фишера. В процессе анализа исходных данных возникала необходимость рассматривать различные регрессивные модели, параметры которых оценивали, на основании метода наименьших квадратов.

ГЛАВА 3. СУБЪЕКТЫ-УЧАСТНИКИ ПРОЦЕССА ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Медико-социальные предпосылки формирования потребности в имплантологической помощи в детском и юношеском возрасте

Целевым субъектом дентальной имплантологии как специфической сферы медико-социального взаимодействия является пациент. Поскольку роль пациента имплантологической стоматологии является приобретенной, а не предписанной[225], логично проследить, каким образом формируется группа пациентов имплантологической практики в стоматологии.

Сложность и достаточно продолжительный срок ортодонтической и имплантологической помощи, возникновение осложнений и рецидивов заболевания в процессе лечения обусловливает необходимость поиска эффективных методов и форм комплексной терапии для достижения стабильных результатов, обеспечения физиологических условий роста органов полости рта в период их созревания. Следовательно, начинать рассмотрение поставленного в начале данного раздела вопроса, нужно с анализа стоматологического статуса детей и подростков и выделения на его основе группы риска, интегрирующей впоследствии в категорию пациентов врача-исплантоога.

Особое значение для обеспечения качества и эффективности лечения детей имеет изучение вопросов, связанных с условиями, при которых оказывается эта помощь, какое состояние здоровья, социальный и стоматологический статус, интенсивность течения, степень проявления стоматологических заболеваний, характер влияния отрицательных факторов.

[225]Разработке теории социальных ролей посвящены работы: Парсонс Т. «Система современных обществ»/Пер, с англ. Л.А. Седова и А.Д. Ковалева. Под ред. М.С. Ковалевой. — М.: Аспект Пресс, 1998; Хабермас Ю. Моральное сознание и коммуникативное действие / Пер. с нем. под ред. Д. В. Скляднева, послесл. Б. В. Маркова. — СПб.: Наука, 2000; Смелзер Н. Социология: пер. с англ. — М.: Феникс, 1998; Мид Дж. Г. Избранное: Сб. переводов / РАН. ИНИОН. Центр социал. научн.-информ. исследований. Отд. социологии и социал. психологии; Сост. и переводчик В. Г. Николаев. Отв. ред. Д. В. Ефременко. - М., 2009; Тощенко Ж.Т. Социология. Общий курс. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: Прометей: Юрайт-М, 2001 и др.

К тому же в последние годы появились новые средства, методы, технологии, позволяющие более качественно оказывать стоматологическую помощь детям. В то же время, анализ стоматологического здоровья детей и подростков позволяет прогнозировать будущую потребность в имплантологической помощи взрослого населения. Эти обстоятельства диктуют необходимость и целесообразность более детального изучения всех аспектов этой проблемы.

С целью изучения стоматологического здоровья, распространенности стоматологических заболеваний проведено клинико-эпидемиологическое обследование 1218 школьников в возрасте от 7 до 18 лет с определением индексов DAI, КПУ, КПИ. Помимо этого, путем анкетирования проведено информационно-аналитическое изучение состояния здоровья детей, частоты и структуры их заболеваемости, влияния генетически обусловленных и врожденных негативных факторов, состояния здоровья матерей во время беременности. Проанализированы также характер питания детей, каков их рацион, их ориентация в рациональности, сбалансированности питания, владение навыками гигиены. Это дало возможность опосредовано оценить состояние соматического здоровья, реактивность организма, знания детей вопросов, касающихся сохранения стоматологического здоровья. Для правильного планирования лечебно-профилактических мероприятий, определения индивидуальной дифференцированной тактики ведения стоматологического больного оценка здоровья имеет важное практическое значение.

Стоматологическое здоровье детей 7-12 лет. В связи с тем, что при эпидемиологическом обследовании детей наблюдалась тенденция ухудшения показателей стоматологического здоровья у школьников старшего возраста, мы сочли необходимым отдельно проанализировать состояние полости рта у пробандов по индексам DAI, КПУ, УИК, КПИ в двух возрастных диапазонах: до 12 и старше 12 лет. Среди осмотренных школьников 7-12 лет процент здоровых детей с интактными зубами и пародонтом, без зубочелюстных

аномалий составил 18,5%, а 81,5% осмотренных детей имели различные стоматологические заболевания.

Аномалии зубов, зубных рядов, окклюзии констатированы у 44,3% осмотренных. При клиническом обследовании установлено, что из общего числа детей с зубочелюстными аномалиями у 76,8% детей наблюдался кариес зубов. По степени сложности проявлений аномалии зубов, зубных рядов составили 51,9% от числа детей с зубочелюстными аномалиями, аномалии окклюзии – 48,1%, половина из которых (52,3%) имели сочетанные формы морфологических отклонений. По показателям эстетического индекса DAI дети распределились таким образом: минимальные нарушения имели 43,8% (от числа детей с аномалиями), явные – 27,3%, тяжелые и очень тяжелые нарушения окклюзии – 28,9%. Распределение обследованных школьников 7-12 лет по показателям эстетического индекса DAI представлено в таблице 5. Функциональные отклонения глотания, дыхания, тонуса круговой мышцы рта, речи диагностированы у 32,5% детей. В отношении функций жевания приняли за основу тот факт, что при всех видах зубочелюстных аномалий функция жевания (фазовость, продолжительность, эффективность) нарушена в той или иной степени. Различные вредные привычки выявлены у 13,7%, в основном у детей младших классов. При осмотрах разных возрастных категорий отмечено, что с увеличением возраста процент детей с вредными привычками падает.

Таблица 5.

Уровни отклонений в зубочелюстной системе детей 7-12 лет

Уровень нарушений окклюзии (DAI)	Количество осмотренных детей		
	Абсолютное число	% к всего осмотренным	% к детям с ЗЧА
0 – нарушения отсутствуют	154	56,0	-
1-25 – минимальные нарушения	53	19,4	43,8
26-30 – явные нарушения	33	12,0	27,3

31-35 – тяжелые нарушения	8	2,9	6,6
36 и > - очень тяжелые нарушения окклюзии	27	9,7	22,3

Распространенность кариеса зубов у обследованных детей составила 74,9% со средним значением индекса КПУ – 3,2±0,03. Следует подчеркнуть увеличение значения индекса поражаемости постоянных зубов кариесом у детей с возрастом. Так у детей 7-10 лет индекс КПУ составил значение 1,3±0,02, у детей 11-12 лет – 3,1±0,02, у подростков 13-14 лет КПУ был равен 5,1±0,01. Уровень интенсивности течения кариозного процесса (УИК) у детей 7 – 12 лет представлен в таблице 2. Среди детей с кариесом зубов у 37,4% интенсивность течения процесса была низкой, у 38,8% - отмечен средний уровень интенсивности и у 23,8% - высокий и очень высокий уровень.

Состояние гигиены полости рта у большинства детей было неудовлетворительное. Наличие зубного налета отмечалось у всех детей. Среднее значение индекса гигиены полости рта было равно 2,1±0,3, что оценивается как плохое гигиеническое состояние ПР. Среднее значение индекса КПИ не превышало 2-х баллов. У 12,3% детей наблюдали кровоточивость десен, у 15,1% - зубной камень, в первую очередь в области первых постоянных моляров (16, 26 зубов) и нижних резцов (41, 31 зубов). Среди признаков поражений пародонта у детей 7–12 лет наблюдались признаки кровоточивости десен, в то время как у подростков 13-15 лет – были отмечены гингивиты наряду с кровоточивостью десен и наличием твердых зубных отложений. Патологические карманы у обследуемой группы детей не выявлены. Уровень гигиенического состояния зубов и нарушений в тканях пародонта представлен в таблице 6.

Таблица 6

Уровень интенсивности течения кариесного процесса у детей 7-12 лет

Уровень интенсивности кариеса	Количество осмотренных детей		
(УИК)	Абсолютное	% к всего	% к детям

	Число	осмотренным	с кариесом
0 - интактные зубы	69	25,1	0
< 0,3 - низкий уровень интенсивности	77	28,0	37,4
0,4-0,6 – средний уровень интенсивности	80	29,1	38,8
0,7-0,9 – высокий уровень интенсивности	36	13,2	17,5
1,0 и > - очень высокий уровень интенсивности	13	4,6	6,3

Уровень стоматологического здоровья обследованных детей 7-12 лет находится в пределах от 20 до 92% с превалированием количества детей, СУЗ которых равнялся 70 и 80% (55,6% детей). Плохое стоматологическое здоровье (ниже 50%) отмечено у 23,6% школьников. Таким образом, можно сделать вывод, что 81,5% обследованных детей нуждается в комплексной стоматологической помощи. При этом следует отметить, что в особом внимании со стороны специалистов и родителей нуждается примерно четверть школьников в возрасте до 12 лет, у которых констатирован СУЗ в пределах 50% и ниже. Данные представлены в таблицах 7-8.

Таблица 7

Уровень гигиены полости рта и нарушений в пародонте у детей 7-12 лет

Уровень нарушений в пародонте (КПИ)	Количество осмотренных детей		
	Абсолютное число	% к всего осмотренным	% к детям с наличием признаков
0 - нет признаков поражений пародонта	0	0	0
0,1-1,0 – группа риска заболеваний пародонта (наличие зубного налета)	228	82,9	82,9
1,1-2,0 – легкая форма проявлений (налет и кровоточивость)	47	17,1	17,1
2,1-3,5 – средняя форма поражений пародонта (налет, кровоточивость,	0	0	0

зубной камень)			
3,6-5,0 – тяжелая форма поражений пародонта (кровоточивость, зубной камень, патологический карман, подвижность зуба)	0	0	0

Таким образом, в категории детей 7 – 12 лет у всех, без исключения, есть признаки поражения парадонта. Низкие показатели гигиенической грамотности пациентов этой категории говорят о том, что у определенной части из них присутствуют риски будущей патологии, которая может привести их в кресло врача-имплантолога. Но все факторы развития этой патологии учесть нельзя, поэтому конкретный вывод о численности группы будущих пациентов, нуждающихся в услугах дентальной имплантологии, сделать нельзя.

Таблица 8

Уровни стоматологического здоровья детей 7-12 лет

Уровень стоматологического здоровья (СУЗ - %)	Количество осмотренных детей	
	Абсолютное число	% к всего осмотренным
100	0	0
90	51	18,5
80	65	23,6
70	88	32,0
60	6	2,3
50	52	18,9
40	0	0
30	0	0
20	13	4,7
10	0	0

Стоматологическое здоровье подростков 13-15 лет. Стоматологическое клиническое обследование подростков показало, что

процент здоровых ниже, чем у детей до 12 лет и составляет 4,5%. Соответственно, 95,5% подростков имели различные стоматологические заболевания, из них у 73,4% наблюдалось сочетание зубочелюстных аномалий с кариесом и нарушениями со стороны тканей пародонта. Зубочелюстные аномалии выявлены у подростков в 61,8% случаев. Аномалии положения, количества зубов, изменения формы зубной дуги по сагиттали, вертикали, трансверзали выявлены у 44,7% подростков. Аномалии прикуса составили 55,3% с превалированием сочетанных форм сагиттальных и вертикальных аномалий.

По эстетическому индексу DAI ребята распределились таким образом: 66,0% (к числу пробандов с аномалиями) составили подростки с минимальными отклонениями окклюзии, остальные (34,0%) – с выраженными формами зубочелюстных аномалий, что представлено в таблице 9.

Таблица 9

Уровни отклонений в зубочелюстной системе у подростков 12-15 лет

Уровень нарушений окклюзии (DAI)	Количество осмотренных подростков		
	Абсолютное число	% к всего осмотренным	% к детям с ЗЧА
0 – нарушения отсутствуют	321	38,2	-
1-25 – минимальные нарушения	344	40,8	66,0
26-30 – явные Нарушения	28	3,3	5,3
31-35 – тяжелые нарушения	47	5,6	9,2
36 и > - очень тяжелые нарушения окклюзии	102	12,1	19,5

Распространенность кариозного процесса у подростков выше, чем у детей до 12 лет и составила 81,1%, с интенсивностью течения процесса по индексу КПУ – 4,3±0,03. Уровни интенсивности течения кариесного процесса у подростков представлены в таблице 6.

С интактными зубами выявлено только 18,9% случаев. Среди подростков с кариесом зубов по уровню интенсивности течения кариеса около половины (47,9%) имели низкий уровень интенсивности, одна треть (29,1%) – средний, остальные – высокий и очень высокий уровень (23,0 %).

Таблица 10

Уровень интенсивности течения кариозного процесса у подростков 15-18 лет

Уровень интенсивности кариеса (УИК)	Количество осмотренных подростков		
	Абсолютное число	% к всего осмотренным	% к лицам с кариесом
0 - интактные зубы	159	18,9	-
< 0,3 - низкий уровень интенсивности	327	38,8	47,9
0,4-0,6- средний уровень интенсивности	198	23,5	29,1
0,7-0,9 - высокий уровень интенсивности	115	13,7	17,0
1,0 и > - очень высокий уровень интенсивности кариеса	43	5,1	6,0

Изучение состояния тканей пародонта по индексу КПИ показало, что у 72,3% подростков к числу всего осмотренных наблюдалось в основном наличие зубного налета, а у 18,2% школьников отмечались кровоточивость, зубной камень, патологические карманы. Усреднённый показатель КПИ составил значение 2,07±0,02.Процент здоровых и с факторами риска школьников (зубной налет) составил 46,5%. Остальные подростки (53,5%) имели признаки поражения тканей пародонта, среди которых около половины (48,8%) детей имели нарушения в пародонте в виде зубного налета и кровоточивости десны. У 11,5% осмотренных отмечали наличие зубного камня, а у 6,7% - проявления заболеваний пародонта (таблица 7). Оценка стоматологического уровня здоровья обследованных подростков по индексам

DAI, КПУ, УИК, КПИ показала следующее (таблица 8). Количество подростков с интактными зубами и пародонтом, без зубочелюстных аномалий, то есть со 100% уровнем стоматологического здоровья, составило всего 4,5%.

Таблица 11

Уровни нарушений в тканях пародонта у подростков 13-15 лет по индексу КПИ

Уровень нарушений в пародонте (КПИ)	Количество осмотренных подростков		
	Абсолютное число	% к всего осмотренным	% к лицам с наличием признаков нарушений
0 - нет признаков нарушений пародонта	233	27,7	-
0,1-1,0 – группа риска заболеваний пародонта (наличие зубного налета)	158	18,8	25,9
1,1-2,0 – легкая форма проявлений (налет и кровоточивость)	297	35,3	48,8
2,1-3,5 – средняя форма поражений пародонта (налет, кровоточивость, зубной камень)	98	11,5	16,1
3,6-5 – тяжелая форма поражений пародонта (кровоточивость, зубной камень, пародонтологический карман, подвижность зуба)	56	6,7	9,2

Количество пробандов, имеющих факторы риска (зубной налет) и здоровые лица составили 10,3%. У 62,1% подростков уровень стоматологического здоровья находится в пределах 70-80%, у 27,6% - на уровне 50% и ниже (в пределах от 50 до 20%).

Таблица 12

Уровни стоматологического здоровья подростков 15-18 лет

Уровень стоматологического здоровья	Количество осмотренных детей

(СУЗ - %)	Абсолютное число	% к всего осмотренным
100	37	4,5
90	49	5,8
80	337	40,1
70	147	17,5
60	37	4,5
50	143	16,8
40	0	0
30	50	5,9
20	42	4,9
10	0	0

В целом диапазон уровней здоровья осмотренных подростков находится в пределах от 100 до 20%. Наибольшее количество детей с 80% уровнем здоровья, затем с 70% и 50% уровнем.

Стоматологическое здоровье юношей и девушек 16-18 лет. Результаты эпидемиологического обследования школьников старших классов с констатацией количественных показателей таких заболеваний как зубочелюстные аномалии, кариес, состояние тканей пародонта, гигиена полости рта, а также сводные данные по оценке уровней стоматологического здоровья детей представлены в таблицах 9-10. Сводные данные по клиническому обследованию школьников 16-18 лет показали, что с увеличением возрастного критерия повышаются показатели стоматологических заболеваний, то есть прослеживается тенденция к ухудшению стоматологического здоровья у лиц более старшего возраста.

В целом у обследованного контингента 57,5% школьников старших классов имели различные виды зубочелюстных аномалий. По оценке сложности отклонений согласно эстетическому индексу DAI 35,6% пробандов имели минимальные нарушения, остальные (21,9%) – явные и тяжелые зубочелюстные аномалии. Среди лиц с зубочелюстными

аномалиями 76,8% имели кариес зубов. Усредненный показатель распространенности кариеса зубов составил 79,6%, показатель КПУ – 3,75±0,02. Интенсивность течения кариозного процесса у большинства пробандов находилась на низком и среднем уровне (таблица 13).

Таблица 13

Уровни интенсивности кариеса, нарушений в пародонте и нарушений окклюзии у юношей и девушек 16-18 лет

Уровень интенсивности кариеса			Уровень нарушений в пародонте			Уровень нарушений окклюзии		
УИК	к-во	%	КПИ	к-во	%	DAI	к-во	%
0-интактные Зубы	228	20,4	0- нет признаков нарушений пародонта	233	20,9	0 - нарушения отсутствуют	475	42,5
< 0,3 – низкий уровень	404	36,2	0,1-1,0 – группа риска заболеваний	394	35,3	1-25 – минималь-ные нарушения	397	35,6
0,4-0,6 – средний Уровень	278	24,9	1,1-2,0 – легкая форма проявлений	348	31,1	26-30 – явные нарушения	61	5,5
0,7-0,9 – высокий уровень	151	13,5	2,1-3,5 – средняя форма поражений	90	8,1	31-35 – тяжелые нарушения	55	4,9
1,0 и ≤- очень высокий уровень	56	5,0	3,6-5 – тяжелая форма поражений	52	4,6	36 и ≤- очень тяжелые нарушения	129	11.5

У 18,5% школьников старших классов течение кариозного процесса было очень интенсивным. Оценка гигиены полости рта и состояния тканей пародонта (наличие налета, кровоточивости, твердых зубных отложений, патологических карманов, подвижности зубов) показала, что 20,9% обследованных не имели признаков нарушений пародонта, у них отмечено хорошее гигиеническое состояние полости рта. У 35,3% пробандов наблюдались факторы риска, у 31,1% - проявления отклонений в легкой форме (кровоточивость, зубной камень). У детей до 12 лет показатели КПИ

не превышали значения 2-х баллов. В то время как у подростков старше 12 лет были отмечены показатели КПИ, превышающие 2,0 балла. У 8,1% подростков отмечена средняя форма поражений пародонта, а у 4,6% - тяжелая (кровоточивость, зубной камень, патологические карманы). Среднестатистический показатель КПИ обследованного контингента составил значение 2,1±0,01 балла.

По интегральному показателю уровень стоматологического здоровья школьников старших классов от 16 до 18 лет находится в пределах от 20 до 100% с превалированием показателей в пределах 70-80% (57,0%). Однако следует подчеркнуть, что примерно одна треть обследованных (27,0%) имела уровень стоматологического здоровья ниже 50%. Процент здоровых лиц с учетом пробандов с факторами риска составил только 12,2%, что представлено в таблице 14.

Таблица 14

Средний уровень стоматологического здоровья школьников старших классов 16-18 лет

Средний уровень стоматологического здоровья (СУЗ - %)	Количество осмотренных детей	
	Абсолютное Число	% к всего осмотренным
100	37	3,3
90	100	8,9
80	402	36,0
70	235	21,0
60	43	3,8
50	195	17,6
40	0	0
30	50	4,5
20	55	4,9
10	0	0

Таким образом, интегральная количественная оценка стоматологического здоровья обследованных школьников Ставропольского края свидетельствует о том, что большинство детей нуждается в комплексной стоматологической помощи, в которой ведущим направлением в работе должна быть профилактика стоматологических заболеваний. Это позволит сохранить здоровье, увеличить количество детей с интактными зубами, пародонтом, физиологической окклюзией, что снизит в дальнейшем потребность в имплантологической помощи и протезировании.

Социальные факторы формирования группы риска по стоматологическому здоровью в детско-юношеском возрасте. В ходе выполнения настоящего исследования проанализировано 1047 анкет детей школьного возраста. Анализ данных анамнеза о состоянии здоровья пациентов обнаружил ряд особенностей. Так, среди ближайших родственников анкетируемых вероятность формирования интегральной хронической соматической патологии достигает 94,6% за счет значительной склонности к острым респираторно-вирусным инфекциям - преимущественно у 67,8%; за счет аллергических проявлений - у 37,5%; хронических воспалительных заболеваний дыхательных путей - у 37,5% родителей. Наличие генетически детерминированных поражений обнаружено у 10,7% обследуемых детей.

Анализ результатов изучения анамнеза матерей обследуемых детей свидетельствует о том, что наличие хронических заболеваний у них достигает 67,8%. Наиболее частыми формами заболеваний выявлены рецидивирующие поражения органов дыхания со склонностью к острым респираторно-вирусным инфекциям (62,5%). Влияние профессионально вредных факторов на организм матери до рождения ребенка имел место в 21,4% случаев, преимущественно за счет контакта с вредными химическими веществами (16,1%).

Экологические стресс-факторы (проживание матерей в неблагоприятных экологических регионах) выявлены у 21,4% опрошенных.

Антенатальный анамнез матери во время беременности был отягощен перенесенными вирусными заболеваниями (16,1%), гестозами I и II половины беременности (37,5% женщин). Резус-конфликт и родовая травма были выявлены у 16,2% детей, стигмы дизэмбриогенеза в виде грыж и дисплазий – у 10,7% пациентов. Среди осложнений неонатального периода превалировал острый конъюнктивит (42,82%) и бронхит (21,4%). На протяжении первых 6-ти месяцев жизни 57,1% детей перенесли острый или рецидивирующий конъюнктивит, 21,4% - бронхит, 16,1% - гнойные поражения кожи. Аномалии конституции, преимущественно в форме эксудативно-катарального диатеза были выявлены у 73,2% детей обследованной группы, высокая температура тела без причины – у 25,0%, осложнения после вакцинации - у 21,4%. Влияние эндогенных факторов в форме частого назначения антибактериальных и гормональных препаратов выявлено в 10,8 % случаев.

Среди сопутствующих заболеваний, которые ребенок перенес в течение жизни, наиболее высоким был удельный вес пневмоний и отитов (42,1%), аллергических заболеваний (37,5%), хронических заболеваний дыхательных путей (21,4%), частых ОРВИ (21,5%), дисбактериозов кишечника (23,2%). Нарушение осанки выявлено у 26,8 %, нарушения остроты зрения – у 21,4% анкетированных. Травматические поражения челюстно-лицевой области имели место у 57,1% детей. Хронические воспалительные заболевания зубочелюстной системы в форме периостита отмечены у 16,8% пациентов. Семейная склонность к формированию острого и декомпенсированого кариеса зубов выявлена у 37,5 % пациентов.

Таким образом, на состояние здоровья детей школьного возраста влияет комплекс факторов риска, которые обуславливают с одной стороны формирование предпосылок для нефизиологического развития челюстно-лицевой области, а с другой - низкую реактивность организма с высокой вероятностью присоединения аллергического, инфекционного компонентов, нарушения обмена веществ.

Известно, что одной из многих причин ухудшения здоровья детей является несбалансированное питание, в результате которого в организм поступает недостаточно витаминов, минералов, незаменимых аминокислот. Принципиально важным при подготовке пациента к имплантологическому лечению принять во внимание аксиому, что правильное питание является основным компонентом в схемах и методах первичной и вторичной профилактики стоматологических заболеваний. Фактор рационального питания детей рассматривается как один из основных в формировании здорового человека, а также как профилактический - в предупреждении целого ряда заболеваний.

Результаты анкетирования показали, что дети не ориентируются в понятиях сбалансированности, рациональности и адекватности питания. Каким продуктам питания отдавать предпочтение с точки зрения сохранения зубов. Опрос родителей показал, что 37,5% детей вскармливались естественным путем, то есть получали грудное молоко. 62,5% детей находились на искусственном вскармливании, а 27,4 % - имели смешанное питание с введением прикорма с 1-3 месяцев жизни. Следовательно, у большинства детей, начиная с первого года жизни, имело место отклонение от естественного питания, что в последующем могло оказывать влияние на формирование полноценных структур тканей всего организма, в том числе зубов и челюстей. Кроме того, важно отметить, что при грудном вскармливании, благодаря постоянному достаточно напряженному функционированию мышц челюстно-лицевой области, обеспечивается физиологическое развитие зубочелюстной системы. У детей же, находящихся на искусственном вскармливании, мышечный аппарат не работает столь интенсивно. У таких детей в клинике наблюдаются различные проявления зубочелюстных аномалий.

Относительно употребления молочных продуктов опрос свидетельствует о том, что 15,7% детей вообще не пьют молоко по разным причинам. Из 84,3% детей, употребляющих молоко, половина из них

получает его в количестве не более 1 стакана в сутки, при норме 0,5 литра. Такие молочные продукты как сметана, творог, сыр употребляются детьми в большинстве случаев нерегулярно и в малом количестве. Аналогичная ситуация прослеживается и при анализе употребления детьми рыбы и рыбных продуктов. В достаточной мере употребляют этот продукт лишь 23,6% детей, остальные (76,4%) - изредка. Рыбные продукты, как известно, богаты фосфором - элементом, влияющим на уровень ассимиляции кальция в организме. Поэтому недостаточное поступление солей кальция в организм, низкий уровень его усвоения при дефиците фосфора могут отрицательно влиять на степень минерализации костного скелета, челюстей, твердых тканей зуба.

По данным нашего опроса 56,2% детей часто и беспорядочно, вне основного приема пищи употребляют конфеты, печенье, другие кондитерские изделия, что является прямым нарушением противокариесной диеты. Прием сладостей в конце еды и между основными приемами пищи вреден не только избыточным насыщением организма углеводами, но и созданием кислой среды в полости рта.

Анкетный опрос детей по вопросам владения детьми знаниями и навыками, касающимися гигиены полости рта, показал следующее. Все анкетируемые дети ответили положительно, что чистят зубы с помощью зубной пасты и зубной щетки. Из них только 17,4 % детей указали, что помимо зубов проводят гигиеническую обработку языка. 78,3% детей чистят зубы 2 раза в день, остальные – 1 раз в день; половина из них (54,3%) чистят зубы после еды, 21,7% - до еды, 24,0 % - по-разному и нерегулярно. Регулярно чистят зубы всего 37,2% детей. Дети плохо ориентируются в вопросах выбора качества щеток, ухода за ними, показанием к их смене. Только 47,8% опрошенных дали правильный ответ. Не владеют дети знаниями и о том, какой зубной пастой лучше пользоваться. Мнения детей разноречивы. Только 10,9% анкетируемых показали знания о составе и свойствах зубных паст. 34,8% детей отмечают кровоточивость десен при

чистке зубов, при этом сомневаются в необходимости чистки зубов. Дополнительными средствами гигиены пользуются редко: эликсиры для полосканий полости рта применяют 6,5%; флосами пользуется 10,9% детей. Гигиеническое состояние полости рта в определенной мере зависит не только от индивидуального ухода за зубами, но и от характера жевания, последовательности приема пищи, от ее консистенции. Доказано, что наличие зубного налета создает кариесогенную ситуацию в полости рта. При отсутствии сбалансированности питания, достаточной гигиены полости рта у детей могут возникнуть различные стоматологические заболевания.

Следовательно, очищение полости рта от пищевых остатков, от зубного налета снимает вредное влияние продуктов распада на органы полости рта, создает доступ слюны к зубам. Кроме чисто гигиенических средств ухода за полостью рта положительно действует в этом направлении употребление после еды свежих овощей и фруктов (яблок, моркови, капусты), о чем дети осведомлены недостаточно. В отношении необходимости и частоты посещений пациента к стоматологу с целью проведения профессиональной гигиены полости рта правильно ответило всего 6,6%.

Анкетирование показало, что уровень валеологических и гигиенических знаний у школьников невысокий. У большинства из них отсутствует мотивация к самообеспечению своего здоровья.

Клинико-лабораторное изучение стоматологического здоровья диспансерной группы детей с зубочелюстными аномалиями. На ортодонтическом лечении находилось 123 пациента в возрасте от 7 до 18 лет с различными зубочелюстными аномалиями. Все дети клинически обследованы, определены количественные индексы стоматологического здоровья. Помимо этого проведены рентгенографические, кефалометрические, гнатометрические, реографические исследования. Дети, находящиеся на ортодонтическом лечении проконсультированы педиатром. По общесоматическому состоянию отнесены к I и II группам здоровья. По эстетическому индексу DAI дети с ЗЧА распределились следующим образом

(таблица 15): у 44,7% школьников отклонения определены как минимальные, у 11,6% - явные нарушения прикуса и у 43,7% детей - тяжелые и очень тяжелые зубочелюстные аномалии.

Исходные показатели факторов «риска» и стоматологических заболеваний у детей с зубочелюстными аномалиями с оценкой индексов КПУ, УИК, КПИ, ГИ представлены в таблице 16.

Таблица 15

Уровни нарушений окклюзии у диспансерных групп школьников

Уровень нарушений окклюзии (DAI)	Возрастные группы					
	7 – 12		13 – 15		16 – 18	
	Абс	%	Абс	%	абс	%
1-25 – минимальные нарушения	31	25,2	15	12,2	46	37,4
26-30 – явные нарушения	20	16,2	12	9,7	32	26,0
31-35 – тяжелые нарушения	5	4,1	4	3,2	9	7,3
36 и ≤ - очень тяжелые нарушения окклюзии	21	17,1	15	12,2	36	29,3
Всего	77	62,6	46	37,4	123	100

При клиническом обследовании установлено, что среди обследованных с ЗЧА 50,5% имели интактные зубы. Распространенность кариеса зубов в группе диспансерного наблюдения пациентов 7-18 лет составила 49,5% со средним значением индекса КПУ 3,79±0,01, УИК-0,47±0,02.

Таблица 16

Исходные показатели интенсивности течения кариозного процесса в диспансерной группе школьников с кариесом постоянных зубов

Уровни интенсивности течения кариесного процесса (УИК)	Возрастные группы					
	7 – 12		13 – 15		7 – 18	
	Абс	%	абс	%	абс	%
низкий: < 0,3	14	50,1	11	47,9	25	49,2
Средний: 0,4 – 0,6	12	40,9	4	17,3	16	31,4
высокий: 0,7 – 0,9	-	-	5	21,7	5	9,8
Очень высокий: 1 и >	2	9,1	3	13,1	5	9,8

Исследования показали, что в подростковом возрасте 13-15 лет распространенность и интенсивность кариеса зубов выше, чем у детей 7-12 лет. У подростков кариозный процесс постоянных зубов отмечен в 64,3% случаев с интенсивностью течения – 4,94±0,03, УИК-0,54±0,01. У детей до 12 лет распространенность кариеса составила 41,5%, индекс КПУ - 2,61±0,02, УИК – 0,41±0,02.

До начала ортодонтического лечения состояние гигиены полости рта детей определено как плохое. Значения индексов гигиены составили у детей 7 – 12 лет 2,12 ± 0,1, у подростков 13-15 лет – 2,03 ± 0,3; в среднем по группе – 2,08±0,1.

На ортодонтическое лечение были взяты лица без клинических проявлений заболеваний краевого пародонта. Однако, по показателям КПИ, легкая форма нарушений в пародонте в виде кровоточивости и зубного камня, помимо зубного налета, отмечены у детей 7-12 лет в 45,3% случаев, у подростков – в 25, % случаев (табл. 17).

Таблица 17

Исходные показатели гигиены полости рта школьников с зубочелюстными аномалиями

Состояние гигиены полости рта	Возрастные группы					
	7-12		13-15		7–18	
	Абс	%	Абс	%	абс	%
Хорошее: 0 - 0,6	0	0	2	7,1	2	2,5
Удовлетворительное: 0,7 – 1,8	23	33,9	8	21,4	31	29,6
плохое: 1,9 – 3,0	44	66,1	26	71,5	70	67,9

Средняя форма поражения тканей краевого пародонта диагностирована у 17,9% подростков. В целом по группе: группа риска составила 55,4%, легкая форма проявлений признаков нарушений – 38,8%, средняя форма –

5,8% пробандов. Больных с тяжелыми формами поражений пародонта (наличие пародонтологического кармана, подвижность зубов) не выявлено.

Данные относительно состояния тканей пародонта, оцененные по индексу КПИ представлены в таблице 18. Средние статистические индексы КПИ группы наблюдения: дети 7-12 лет – 1,22±0,01, подростки 13–15 лет – 1,54±0,03, усредненный показатель – 1,33±0,01.

Таблица 18

Исходные показатели нарушений в тканях пародонта школьников диспансерной группы

Уровень нарушений в пародонте	Уровни КПИ	Возрастные группы					
		7 – 12		13 – 15		7 – 18	
		Абс	%	абс	%	абс	%
Нет признаков нарушений	0	0	0	0	0	0	0
группа риска заболеваний	0,1-1,0	37	54,7	20	57,1	57	55,4
легкая форма поражений	1,1-2,0	30	45,3	10	25,0	40	38,8
Средняя форма поражений	2,1-3,5	0	0	6	17,9	6	5,8
Тяжелая форма поражений	3,6-5	0	0	0	0	0	0

Интегральные показатели стоматологического уровня здоровья детей с ЗЧА даны таблице 19.

До начала ортодонтического лечения показатели СУЗ школьников с ЗЧА находились в пределах от 20 до 80%, их них 63,2% пробандов имели стоматологический уровень здоровья в пределах 60-80%, а у 36,8% обследованных он был ниже 50%.

Таблица 19

Исходный уровень стоматологического здоровья школьников диспансерной группы

Стоматологический	Возрастные группы

уровень здоровья (СУЗ - %)	7-14		15-18		7-18	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
100	0	0	0	0	0	0
90	0	0	0	0	0	0
80	23	33,9	9	25,0	32	31,1
70	16	24,6	6	14,3	22	21,4
60	9	13,2	2	7,1	11	10,7
50	19	28,3	18	50,0	37	35,9
40	0	0	0	0	0	0
30	0	0	0	0	0	0
20	0	0	1	3,6	1	0,9
10	0	0	0	0	0	0

Полученные данные подтверждают целесообразность применения метода клинической диагностики стоматологического статуса, предложенного ВОЗ (1997), а также метода клинико-эпидемиологической оценки стоматологического здоровья населения. Результаты эпидемиологических и клинико-лабораторных исследований послужили основной для разработки схем комплексного индивидуального имплантологического и ортодонтического лечения с учетом тактики ведения пациента на подготовительном этапе, аппаратурном воздействии на зубочелюстную систему и период реабилитации.

Вывод

Формирование потребности в имплантологической помощи начинается в детстве. Анализ стоматологического статуса детей и подростков показывает, что существуют две группы риска, определенные нами как группы потенциальных потребителей имплантологической помощи во взрослом возрасте.

Первая группа – дети с зубочелюстными аномалиями, которые однозначно будут нуждаться в ортодонтической и ортопедической коррекции. В этой группе показатели СУЗ находились в пределах от 20 до

80%, их них 63,2% пробандов имели стоматологический уровень здоровья в пределах 60-80%, а у 36,8% обследованных он был ниже 50%. Здесь очевидна роль клинических факторов.

Вторая группа (в среднем, от 21% до 24%) – дети, стоматологический статус которых может ухудшаться под влиянием социальных факторов (семейное воспитание, недостаток профилактических мероприятий в условиях школьного обучения). Данная группа может быть переориентирована путем активной профилактики, привлечения родителей и школьных учителей к ее проведению. В этом случае такие дети не будут нуждаться в помощи имплантолога-стомаатолога во взрослом возрасте.

3.2. Социальный портрет пациента, обращающегося за имплантологической стоматологической помощью

В последние годы спрос на стоматологические услуги в нашей стране значительно вырос[226]. Согласно данным некоторых эпидемиологических исследований, фактическая потребность населения в имплантологической и ортопедической стоматологической помощи выросла еще больше. Если по данным А.В. Алимского (1999) в 90-х годах до 40% населения старше 40 лет нуждались в подобной помощи, то сегодня эта цифра возросла до 90%[227]. В настоящее время дентальная имплантология - наиболее динамично

[226]Абрамова, Н.Е. Теория и практика, применения герметиков в сочетании с реминерализирующими составами при профилактике кариеса зубов у детей / Н.Е. Абрамова, В.А. Дрожжина, Ю.А. Федоров [и др.] // Новое в стоматологии (Спец. выпуск). - 2006. - № 4. - С. 25-40.; Авраамова, О.Г. Процессы реминерализации и проницаемости эмали зубов при гигиене полости рта / О.Г. Авраамова // V съезд Стоматологической Ассоциации России: науч. тр. - М. - 2009. - С. 39-40.; Авраамова, О.Г. Использование фторидсодержащих зубных паст в системе профилактики основных стоматологических заболеваний у детей (Планирование и эффективность) / О.Г. Авраамова // Дис. … докт. мед.наук. - М., 2005. - 252 с.; Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26.; Алимский, А.В. Перспективы развития стоматологической службы в Российской Федерации / А.В. Алимский // Стоматология для всех. - 2004. - № 2. - С. 38-42.

[227]Абрамова, Н.Е. Теория и практика, применения герметиков в сочетании с реминерализирующими составами при профилактике кариеса зубов у детей / Н.Е. Абрамова, В.А. Дрожжина, Ю.А. Федоров [и др.] // Новое в стоматологии (Спец. выпуск). - 2006. - № 4. - С. 25-40.

развивающаяся отрасль стоматологии, которая всегда относилась и относится к числу платных видов медицинского обслуживания населения, причем удовлетворение спроса на данный вид помощи находится в границах реальных финансовых возможностей населения[228]. Особенно это актуально в регионах с низким и средним уровнем доходов населения, к которым относится и Ставропольский край[229]. Сегодня дентальная имплантология широко представлена как в частном секторе рынка услуг, так и на уровне государственных, в том числе и муниципальных стоматологических учреждений. Качество оказываемой помощи различно – сказывается высокая финансовая емкость рынка и желание врача-стоматолога максимально расширить диапазон использования дентальных имплантатов.

В целях совершенствования современной стоматологической имплантологической помощи населению актуальной задачей является изучение социального аспекта данной проблемы – платежеспособного спроса населения на имплантологические услуги, предпочтения ими частных или государственных стоматологических учреждений.

В соответствии с целью настоящего исследования выработан специальный методический подход для ее реализации. Суть его заключается в том, что было запланировано проведение социологических исследований одновременно в двух стоматологических учреждений разного вида собственности (государственного и частного). В результате разработаны две специальные социологические анкеты, которые предлагали заполнить пациентам, обращающихся за имплантологической помощью в городскую

[228]Адмакин, О.И. Стоматологическая заболеваемость населения в различных климато-географических зонах России. // Дис. канд. мед.наук. - М., ММСИ, 1999. - 210 с.; Альтернативные системы стоматологического обслуживания: доклад Комитета экспертов ВОЗ // Женева, 2008. - 62с.; Алимский, А.В. Стоматологическая помощь детям в регионах с различным содержанием фтора в питьевой воде / А.В. Алимский, Р.К. Алиева // Стоматология для всех. - 2009. - № 6. - С. 44-45.

[229]Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26.; Алимский, А.В. Географические закономерности распространенности кариеса зубов / А.В. Алимский // Организация стоматологической помощи и вопросы ортопедической стоматологии: тезисы Всесоюз. съезда стоматологов. - М., 1987. - Т. I. - С. 4-5.

стоматологическую поликлинику №1 г. Ставрополя (ГСП) (главный врач, д.м.н., профессор М.П. Порфириадис), и пациентам, обращающихся за подобной стоматологической помощью в коммерческую структуру – ЧСЗ г. Ставрополя (главный врач, д.м.н., профессор А.А. Слетов).

Как мы уже указывали в гл.2, первая социологическая анкета содержала следующие разделы: пол, возраст пациента, его образование, профессию. В ней также отражался уровень дохода респондентов, обращаемость ранее за имплантологической помощью, время обращения и название учреждения. При этом определяли объем оказанной имплантологической помощи. Выясняли, как респонденты оценивали эффективность ранее проведенного им имплантологического лечения в данном конкретном типе стоматологического учреждения. Были ли они удовлетворены комплексом лечебных мероприятий. При этом дифференцированно устанавливали качество косметической и функциональной эффективности проведенного лечения.

Одновременно с этим уточняли, срок функционирования протетических конструкций на дентальных имплантатах, нуждаются ли изготовленные ранее зубные протезы, установленные на дентальные имплантаты в замене, и если да, то какие именно. Поддерживали ли пациенты необходимый уровень гигиены полости рта после проведения операции дентальной имплантации с последующим протезированием и как регулярно посещали врача-стоматолога для профилактических осмотров.

Важнейший раздел анкеты был посвящен выяснению мотивационных предпосылок обращаемости респондентов за имплантологической помощью в государственное учреждение.

При этом давалось несколько вариантов ответов, а именно:

- «высокое качество лечения и протезирования»,
- «престижное учреждение»,
- «высококвалифицированный персонал»,
- «современное оборудование и оснащение».

Кроме того, респонденту предоставлялась возможность не только подчеркнуть нужный, по его мнению, ответ, но и высказать другое суждение и фактор личной мотивации по данному вопросу.

Заключительные разделы анкеты посвящены оценке респондентами прейскуранта цен на имплантологические стоматологические услуги, а также им предоставлялась возможность высказать свои предложения по совершенствованию организации имплантологической стоматологической помощи в данном стоматологическом учреждении.

Всего по данной анкете проинтервьюировано 232 пациента в возрасте от 20 лет до 60 лет и старше в течение 2011-2013 гг.

Вторая анкета была направлена на изучение обращаемости населения за имплантологической стоматологической помощью в коммерческую структуру. Она также как и первая, содержала анкетные данные каждого конкретного респондента, отражала его социальное положение, а также уровень дохода. Важнейший раздел анкеты также касался оценки мотивационных предпосылок обращаемости респондентов в данную коммерческую структуру.

При этом также предлагали несколько вариантов ответов:

- «высокое качество обслуживания»,
- «современное оборудование и оснащение»,
- «высокая квалификация персонал»,
- «малые сроки протезирования»,
- «отсутствие очередности»,
- «хороший сервис».

В свободной графе респондентам предлагали отразить возможное другое мнение и предложения.

Респондентов просили также оценить уровень цен в данном конкретном учреждении и их приемлемость. Кроме того, выясняли, где пациент ранее получал имплантологическую стоматологическую помощь (в районной поликлинике, либо в частной структуре). При этом респонденты

отвечали на вопрос, как они оценивают качество ранее оказанной им имплантологической помощи. Выясняли также, имеет ли для пациентов значение отдаленность лечебного учреждения от места жительства, и от кого они получили информацию о данном учреждении.

Задавали также вопрос о том, протезировались ли они ранее в изучаемой клинике и если да, то, как оценивают качество имплантологической и ортопедической помощи в данной негосударственной клинике. Специально выясняли вопрос, о переделывании протетических конструкций, установленных на дентальные имплантаты у тех лиц, которые ранее обращались в данное лечебное учреждение.

Заключительный вопрос анкеты, также как и в первой, касался предложений респондентов по совершенствованию оказания имплантологической стоматологической помощи в данной клинике.

Всего по данной анкете в 2011-2013 гг. было опрошено 200 респондентов в возрасте от 20 до 60 лет и старше, обратившихся за имплантологической стоматологической помощью в коммерческую клинику ЧСЗ г. Ставрополя.

В обеих организациях проинтервьюировано 432 пациента примерно в равном соотношении. Число обследованных соответствовало минимальному необходимому количеству респондентов, рекомендуемому ВОЗ (2008) для эпидемиологических и социологических исследований подобного рода.

Полученный фактический экспериментальный материал обработан методами вариационной статистики с получением средних величин и ошибок к ним (M±m) с использованием пакета программ медицинской статистики MicrosoftExcel. Сравнение статистических показателей и выявление достоверности имеющихся различий или их несущественность осуществляли по критерию согласия (t) Стьюдента. Различия считали достоверными при величине t>2,0. После проведения анализа всех анкет выявиливесьма характерный возрастной состав обследованных респондентов (табл. 20)

Таблица 20

Возрастная структура пациентов, обследованных в ГСП и частной стоматологической клинике г. Ставрополе (абс. и в % к числу обследованных)

Возраст, годы	Место обследования				Всего	
	ГСП		ЧСЗ		Абс	в %
	Абс.	%	Абс.	%		
20-29	49	**21**,97	35	15,0	84	18,97
30-39	51	23,48	44	24.0	95	23,71
40-49	59	29.55	55	35,0	114	31,90
50-59	38	13,64	41	21,0	79	16,81
60 и старше	35	**11**,36	25	5,0	60	8,62
Всего	232	100,0	200	100	432	100,0

При этом установлено, что в государственную стоматологическую поликлинику (ГСП) наиболее часто обращаются лица в возрасте 40-49 лет (29,6%). Пациенты, более молодого возраста составляли немного меньшую величину: соответственно, в 20-29 лет - 22,2% и в 30-39 лет - 23,6%. Определили также и наименьший удельный вес. Его имеют возрастные группы старше 50 лет: соответственно, 13,6% - в возрасте 50-59 лет и 11,4% - в 60 лет и старше.

В негосударственную клинику чаще всего обращаются лица в возрасте 30-39 (24%) и 40-49 лет (35%). Реже всего - пациенты в возрасте 60 лет и старше (5%).

Важное значение, для характеристики респондентов обратившихся за имплантологической стоматологической помощью в ГСП, имеет распределение их по полу (табл. 21). Как установлено - женщины в 2 раза чаще обращаются за имплантологической помощью, чем мужчины: соответственно 66,1% и 33,9%.

Таблица 21

Распределение респондентов, обратившихся в ГСП за имплантологической стоматологической помощью по полу (в %; M±m)

Пол	Возраст, годы					В среднем
	20-29	30-39	40-49	50-59	60 и старше	
Муж.	55,2	32,3	38.5	16,7	26,7	33,88±4,11
Жен.	44,8	67.7	61,5	83,3	73,3	66,12±4,11

Так, в ходе исследования имело изучение уровня образования респондентов, обращающихся в ГСП за имплантологической стоматологической помощью. В ходе исследования выявлено (табл. 3), подавляющее число обследованных (69,1%) - это люди с высшим образованием.

Таблица 22

Распределение респондентов, обратившихся в ГСП за имплантологической стоматологической помощью, по уровню образования (в %; M±m)

Образование	Возраст, годы					В среднем
	20-29	30-39	40-49	50-59	60 и старше	
Среднее	20,7	-	15,4	5,6	-	8,34±2,40
Ср.специальное	24,1	9,7	20,5	5,6	13,3	14,64±3,07
Высшее	31,0	77,4	61.5	88,9	86,7	69,1±4,02

Полученные данные свидетельствуют о том, что высокообразованные люди при прочих равных условиях стремятся попасть в более престижное учреждение за получением имплантологической стоматологической помощи. Однако при этом особое значение имеет уровень доходов респондентов и возможность оплачивать ими довольно дорогостоящее в последние годы имплантологическое лечение. Информация о состоянии платежеспособности опрошенных пациентов отражена в таблице 23.

Таблица 23

Распределение респондентов, обратившихся в ГСП за имплантологической стоматологической помощью, по уровню дохода **(в %; M±m)**

Уровень дохода	Возраст, годы					В среднем
	20-29	30-39	40-49	50-59	60 и старше	
Высокий	3,5	-	5,1	-	-	1,72±1,13
Средний	48,3	71,1	71,8	72,2	40,3	60,66±4,25
Низкий	17,2	12,9	15,4	11,1	40,2	19,32±3,43
Затруднились с ответом	31,1	16,1	7,7	16,7	20,1	18,30±3,36

Как установлено, большинство из опрошенных (60,7%) имели средний уровень доходов. Высокий уровень доходов среди респондентов, обращающихся в ГСП, имели лишь 1,7% обследованных.

В ходе исследования также определили основные типы стоматологических учреждений, куда ранее обращались респонденты. Это были ведомственные, а также районные стоматологические поликлиники, частные стоматологические структуры.

Выявлено, что в большинстве пациенты положительно относятся к оценке косметической эффективности ранее оказанной им имплантологической стоматологической помощи в муниципальных поликлиниках. В среднем 61,3% из них дали положительные оценки этому показателю. Между тем, довольно значительное число (24%) отрицательно оценили косметическую эффективность установленных им имплантатов и протетических конструкций, и 14,7% лиц, затруднились с ответом.

Необходимо отметить, что наихудшие показатели в этом отношении были отмечены респондентами по районным поликлиникам. Положительную оценку дали в среднем 21,1% респондентов, а 24,3% лиц, дали отрицательную оценку косметической эффективности ранее проведенного

там имплантологического лечения. При этом значительное число респондентов (54,6%) вообще затруднились с ответом.

Что же касается частных структур, то там с косметической эффективностью ранее оказанными имплантологическими стоматологическими мероприятиями обстоит лучше. Так, положительно оценили ее 45,2% респондентов, а 18,6% - отрицательно. При этом затруднились с ответом 36,2% респондентов.

Высокие показатели косметической эффективности ранее проведенного имплантологического и ортопедического лечения отмечены респондентами, лечившимися в ГСП. Так, положительные оценки были получены от 92% респондентов и лишь 2% из них дали отрицательные оценки при 6% затруднившихся с ответом.

Аналогичная ситуация наблюдается и при характеристике респондентами функциональной эффективности ранее установленных им имплантологических конструкций в частных стоматологических учреждениях. Однако наихудшие показатели в этом отношении также выявлены в районных поликлиниках. Так, положительно проведение лечебных мероприятий оценили 23,7% респондентов, а отрицательно - 25,4%, при 50,9% затруднившихся с ответом.

Весьма негативно пациенты оценивали функциональную эффективность ранее изготовленных им протетических конструкций, установленных на дентальные имплантаты в частных структурах. Так, положительно оценили ее лишь 19,5% респондентов, а отрицательно - 38,1%, при 42,4% затруднились с ответом.

На этом фоне весьма выгодно отличаются ответы респондентов, ранее получивших имплантологическое лечение в ГСП. Абсолютное большинство из них (85,3%) дали положительные оценки функциональной эффективности установленных дентальных имплантатов и ранее изготовленным им протетических конструкций.

Важнейшей задачей исследования явилось изучение мотивационных предпосылок обращаемости респондентов за имплантологической стоматологической помощью именно в ГСП (табл. 24).

Таблица 24

Мотивация респондентов к обращаемости в ГСП за имплантологической стоматологической помощью (в %; M±m)

Уровень дохода	Возраст, годы					В среднем
	20-29	30-39	40-49	50-59	60 и старше	
Высокое качество лечения	13,8	19,4	10,3	5,6	13,3	12,48±2,87
Престижное учреждение	10,3	9,7	5,1	27,8		10,58±2,67
Высококвалифицированный персонал	10,3	19,4	20,5	22,2	20,0	18,48±3,37
Современное оборудование и оснащение	6,9	3,2	2,6			2,54±1,37
Все вместе	44,8	35,5	41,0	16,7	66,7	40,94±4,28
По рекомендации	6,9	6,5	12,8	11,1	-	7,47±2,28
Месторасположение		3,2				0,64±0,64
Умеренные цены	-	3,2	-	-	-	0,64±0,64
Доверие	-	-	-	11,1	-	2,22±1,28
Не ответили	6,9	-	7,7	5,6	-0	4,04±1,71

Выявлено, что основополагающими факторами, по мнению респондентов, является высокое качество проводимого в поликлинике имплантологического лечения (12,5% ответов), престижность учреждения - 10,6%, наличие высококвалифицированного персонала - 18,5%, современного оборудования и оснащения - 2,5%.

При этом следует отметить, что большинство респондентов (40,9%) считали, что для них важными являются одновременно все вышеперечисленные позиции. В результате свыше 85% респондентов полагали, что основным фактором мотивации обращаемости в ГСП прежде всего является высокое качество оказываемой имплантологической стоматологической помощи.

Все другие показатели, такие как месторасположение поликлиники, наличие умеренных цен, доверие к врачам и так далее не играли решающей роли при выборе стоматологического учреждения.

В числе прочих факторов мотивации к обращаемости в ГСП следует особо отметить рекомендации родственников, друзей и знакомых. Подобные ответы получены от 7,5% респондентов.

Наряду с оценкой уровня мотивации, определенное значение для характеристики того или иного уровня обращаемости населения за имплантологической стоматологической помощью в ГСП имеет изучение их мнения относительно существующих в поликлинике цен на имплантологические услуги. Большинство из опрошенных (36,9%) считают цены на имплантологические услуги, оказываемые в ГСП, высокими. Средними цены считают 29,7% респондентов, при примерно таком же числе лиц (32,2%), затруднившихся с ответом. Полученные данные практически полностью корреспондируют с уровнем дохода респондентов, обращающихся в ГСП.

При этом сравнение выявленных в ГСП показателей с данными, полученными в быстро развивающихся за последние годы негосударственных структурах имеет важное значение. Для этого по примерно аналогичной программе проведено изучение мнения респондентов, обратившихся за имплантологическим лечением в коммерческую клинику ЧСЗ г. Ставрополя.

Необходимо было выяснить, насколько велики потоки обращаемости населения за имплантологической стоматологической помощью в частные структуры, и отличаются ли они от аналогичных показателей, выявленных среди пациентов ГСП.

В табл. 25 представлено соотношение лиц разного пола и возраста, обратившихся за имплантологической стоматологической помощью в клинику ЧСЗ г. Ставрополя в 2011-2013 гг.

Таблица 25

Распределение респондентов, обратившихся в клинику ЧСЗ за имплантологической стоматологической помощью по полу (в %; M±m)

Пол	Возраст, годы					В среднем
	20-29	30-39	40-49	50-59	60 и старше	
Муж.	33,3	25,0	51,4	42,9	20,0	34,52±4,75
Жен.	66,7	75,0	48,6	57,1	80,0	ж65,48±4,75

Как установлено, лица женского пола также практически в 2 раза чаще обращались за имплантологическим лечением, нежели мужчины. Хорошо видно, что при общем сходстве с ранее полученными данными по ГСП все же имеются определенные различия и связаны они, прежде всего, в значительной степени с разным социальным составом обратившихся в коммерческое учреждение.

Наибольший удельный вес в структуре обратившихся в нее составляют служащие (44,9%). На втором месте (21,3%) - предприниматели. Максимальные показатели отмечали в возрастных группах 30-39 лет (41,7%) и 40-49 лет (37,1%). Доля предпринимателей в возрасте 50-59 лет также составляла довольно значительную величину - 14,3%.

Другие категории населения, такие как рабочие (4,1%) и учащиеся (6,7%) имели весьма незначительный удельный вес. Безусловно, это связано в первую очередь с невысоким уровнем их доходов, не позволяющим обращаться за дорогостоящей имплантологической стоматологической помощью в коммерческие структуры. О том, что именно уровень доходов и является определяющим в выборе и обращаемости в различные стоматологические учреждения свидетельствует данные, приведенные нами в таблице 26.

Таблица 26

Распределение респондентов, обратившихся в клинику ЧСЗ за имплантологической стоматологической помощью,

по уровню дохода **(в %; M±m)**

Уровень дохода	Возраст, годы					В среднем
	20-29	30-39	40-49	50-59	60 и старше	
Высокий	20,0	4,2	31,4	14,3	20,0	17,98±3,84
Средний	20,0	66,7	54,3	57,1	20,0	43,62±4,95
Низкий	26,7	4,2	5,7	14,3	40,0	18,18±3,85
Затруднились с ответом	33,3	25,0	8,6	14,3	20,0	20,24±4,01

Выявлено, что высокий уровень дохода установлен практически у 18% обследованных респондентов и при этом более чем в 10 раз превышает долю таковых, обратившихся в ГСП. Ниже доля пациентов имеющих средний уровень дохода (43,6%).

Необходимо отметить то, что лица с низким уровнем дохода все же обращаются в коммерческие структуры за получением имплантологической стоматологической помощи. В то же время 44,8% респондентов в среднем признали цены на имплантологические услуги в данной коммерческой клинике высокими. Удельный вес лиц, посчитавших их средними составил 29,8%. Все же для большинства из них (67,6% в среднем) цены оказались приемлемыми.

При анкетировании большинство респондентов, учитывая их менталитет, социальный состав и финансовые возможности ранее получали имплантологическую стоматологическую помощь, как в частных структурах, так и в некоторых районных поликлиниках.

В ходе исследования установлено, что основополагающим фактором обращаемости в негосударственную структуру, по мнению респондентов, прежде всего, является уровень и хорошее качество оказываемой в них имплантологической стоматологической помощи.

При этом, необходимо было выявить, из каких источников респонденты получили информацию именно о данной коммерческой клинике

г. Ставрополя. Как установлено, основными источниками подобных сведений являлись родственники (26,8% ответов респондентов) и знакомые - 34,3%.

В сумме два эти показателя превысили 60%. Это убедительно свидетельствует о том, что ранее оказанная качественная имплантологическая стоматологическая помощь на высоком уровне является лучшей рекламой для любого учреждения вне зависимости от формы его собственности.

Довольно значительное число респондентов (28,2%) решили по собственной инициативе обратиться в данную клинику и только 8,3% из них узнали о ней из рекламы.

Установлено, что реклама, сама по себе в чистом виде, привлекает не более 8-10% обращающихся за имплантологической помощью.

Важное значение для характеристики обращаемости именно в данную клинику имело выяснение мнения респондентов относительно качества ранее оказанной им имплантологической стоматологической помощи в районных поликлиниках и в частных структурах. Невысокое ее качество отмечали, прежде всего, в районных поликлиниках. Большинство опрошенных (36,8%) оценили ее как неудовлетворительную. Удовлетворительные оценки дали 31,1% респондентов, хорошие - 17,2% и высокие только 4% обследованных респондентов при 10,9% затруднившихся с ответом.

Немного лучше обстоит дело с оценками респондентов качества ранее оказанной им имплантологической стоматологической помощи в частных клиниках. Так, неудовлетворительные оценки дали лишь 12,4% респондентов, удовлетворительные - 26,6%, хорошие — 34,6% и отличные - 17,1%. Безусловно, это значительно выше тех, которыми респонденты оценили качество ранее оказанной им имплантологической помощи в районных стоматологических поликлиниках, однако, они, по-видимому, оказались явно недостаточными для повторного обращения в эти учреждения. Вполне очевидно, что именно это и послужило основным

отправным моментом обращаемости респондентов за имплантологической стоматологической помощью в изучаемую клинику ЧСЗ.

В ходе исследования выяснили, что часть из них ранее получала имплантологическую помощь в данной клинике и оценка ее качества отличается от вышеперечисленных. Абсолютное большинство обследованных респондентов (84,1%) поставили отличные оценки за качество оказанной здесь имплантологической помощи. Причем в отдельных возрастных группах, а именно 20-29, 50-59 и 60 лет и старше все опрошенные респонденты дали положительную характеристику самой клинике ЧСЗ.

Удельный вес хороших оценок составил 7,3%, удовлетворительных всего 1,8% при 6,8% респондентов, затруднившихся с ответом.

Вывод

Таким образом, нами составлен социальный портрет типичного потребителя услуг государственной и частной имплантологической стоматологической помощи:

ГСП	*ЧАСТНАЯ КЛИНИКА*
Женщина (66,12%), с высшим образованием (69,1%), в возрасте 50-59 лет (83,3%), со средним уровнем дохода (60,66%), которую привлекает качество обслуживания (85,5%). Обратилась в данное медицинское учреждение по рекомендации знакомых (7,47%), полностью удовлетворена оказанной стоматологической помощью (85,5%), хотя считает цены на услуги для себя высокими (36,9%).	*Женщина (65,48%), с высшим образованием (71,8%), в возрасте 40 – 49 лет (43,62%), со средним уровнем дохода (57,1%), обратившаяся в данную клинику в связи с высоким качеством обслуживания (60,1%) по рекомендации знакомых (34,3%). Считает цены на услуги вполне приемлемыми (67,6%), а обслуживание отличным (84,1%).*

Возрастная и половая структура обращаемости населения в государственные и частные учреждения за имплантологической стоматологической помощью имеет как сходства, так и различия, связанные в основном с неоднородным социальным составом обратившихся и уровнем их доходов. Преимущественно в имплантологической стоматологической

помощи нуждаются лица в возрасте 40-49 лет, среди которых женщин в 2 раза больше, чем мужчин. Необходимо отметить, что и социальный состав обращающегося населения в указанные учреждения отличается значительно, так в ГСП преимущественно обращаются служащие и пенсионеры. В коммерческую структуру - предприниматели, а также служащие, но с более высоким уровнем дохода. Ведущим фактором обращаемости вне зависимости от типа учреждения является качество оказываемой в нем стоматологической помощи.

3.3. Компаративный анализ возможностей государственных и частных клиник, предоставляющих имплантологическую помощь

Вторым субъектом-участником взаимодействия по поводу оказания стоматологической имплантологической помощи является медицинское учреждение. Именно оно предоставляет медицинские услуги. Более того, даже если речь идет о частном кабинете одного врача, оказание услуг относится к компетенции его как юридического лица. Эта ситуация хорошо разъяснена в работах Прошина П.В.(2008), Михальченко Д.В., Фирсовой И.В. и Седовой Н.Н. (2011)[230], поэтому мы на ней специально не останавливаемся. Статус медицинского учреждения, в котором оказываются услуги дентальной имплантологии, характеризуется многими параметрами, из которых наиболее значительное влияние на эффективность данного вида лечения оказывает техническое оснащение клиники. А это, в свою очередь, связано с формой собственности, к которой принадлежит данное учреждение.

Вопросы организации и планирования медицинской, и в том числе стоматологической помощи, являются одним из наиболее сложных и

[230]Прошин П.В. Отношение пациентов к платным медицинским услугам// Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Волгоград. – 2008; Михальченко Д.В., Фирсова И.В., Седова Н.Н. Социологический портрет медицинской услуги. Волгоград. – Изд-во ВолгГМУ. – 2011.

ответственных направлений здравоохранения[231]. В связи с массовой коммерциализацией медицинской деятельности существенно изменился подход к планированию стоматологической помощи. Серьезные изменения произошли и в вопросах ее организации, поскольку качество стоматологической помощи в отличие от многих других видов первичной медико-санитарной помощи во многом зависит от обеспеченности лечебного процесса оборудованием, приборами и аппаратами, инструментами, материалами и медикаментами [232]. Не последнюю роль играет оснащенность стоматологических клиник самыми современными приборами и инструментами, инновационными технологиями, используемыми в мире[233].

[231]Абрамова, Н.Е. Теория и практика, применения герметиков в сочетании с реминерализирующими составами при профилактике кариеса зубов у детей / Н.Е. Абрамова, В.А. Дрожжина, Ю.А. Федоров [и др.] // Новое в стоматологии (Спец. выпуск). - 2006. - № 4. - С. 25-40.; Авраамова, О.Г. Процессы реминерализации и проницаемости эмали зубов при гигиене полости рта / О.Г. Авраамова // V съезд Стоматологической Ассоциации России: науч. тр. - М. - 2009. - С. 39-40.; Адмакин, О.И. Стоматологическая заболеваемость населения в различных климато-географических зонах России. // Дис.канд. мед.наук. - М., ММСИ, 1999. - 210 с.

[232]Абрамова, Н.Е. Теория и практика, применения герметиков в сочетании с реминерализирующими составами при профилактике кариеса зубов у детей / Н.Е. Абрамова, В.А. Дрожжина, Ю.А. Федоров [и др.] // Новое в стоматологии (Спец. выпуск). - 2006. - № 4. - С. 25-40.; Авраамова, О.Г. Процессы реминерализации и проницаемости эмали зубов при гигиене полости рта / О.Г. Авраамова // V съезд Стоматологической Ассоциации России: науч. тр. - М. - 2009. - С. 39-40.; Авраамова, О.Г. Использование фторидсодержащих зубных паст в системе профилактики основных стоматологических заболеваний у детей (Планирование и эффективность) / О.Г. Авраамова // Дис. … докт. мед.наук. - М., 2005. - 252 с.; Алимский, А.В. Географические закономерности распространенности кариеса зубов / А.В. Алимский // Организация стоматологической помощи и вопросы ортопедической стоматологии: тезисы Всесоюз. съезда стоматологов. - М., 1987. - Т. I. - С. 4-5.; Альтернативные системы стоматологического обслуживания: доклад Комитета экспертов ВОЗ // Женева, 2008. - 62с.; Алимский, А.В. Стоматологическая помощь детям в регионах с различным содержанием фтора в питьевой воде / А.В. Алимский, Р.К. Алиева // Стоматология для всех. - 2009. - № 6. - С. 44-45.; Аширов, К.А. Динамика свойств эмали постоянных зубов у детей различного возраста при применении фторсодержащих зубных паст / К.А. Аширов // Стоматология. - 2014. - № 2. - С. 15-17.

[233]Абрамова, Н.Е. Теория и практика, применения герметиков в сочетании с реминерализирующими составами при профилактике кариеса зубов у детей / Н.Е. Абрамова, В.А. Дрожжина, Ю.А. Федоров [и др.] // Новое в стоматологии (Спец. выпуск). - 2006. - № 4. - С. 25-40.; Авраамова, О.Г. Процессы реминерализации и проницаемости эмали зубов при гигиене полости рта / О.Г. Авраамова // V съезд Стоматологической Ассоциации России: науч. тр. - М. - 2009. - С. 39-40.; Авраамова, О.Г. Использование фторидсодержащих зубных паст в системе профилактики основных стоматологических заболеваний у детей (Планирование и эффективность) / О.Г. Авраамова // Дис. … докт. мед.наук. - М., 2005. - 252 с.; Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26.; Адмакин, О.И. Стоматологическая заболеваемость населения в различных климато-географических зонах России. // Дис. … канд. мед.наук. - М., ММСИ, 1999. - 210 с.; Алимский, А.В. Перспективы развития стоматологической службы в Российской Федерации / А.В. Алимский // Стоматология для всех. -

Предложенные достаточно многочисленные модели организации деятельности стоматологических учреждений различных форм собственности продолжают оставаться объемными, с трудно предсказуемой перспективой развития требуемого материально-технического уровня работы врачей-стоматологов. Поэтому совершенствование стоматологической помощи населению путемоптимизации материально-технического оснащения стоматологических кабинетов в медицинских стоматологических организациях Ставропольского края различных форм собственности является одним из приоритетных направлений.

В ходе исследования установлено, что оснащенность МСО оборудованием, мебелью, приборами и аппаратами свидетельствует о том, что универсальные рабочие места врачей-стоматологов (стоматологическая установка с турбиной, микромотор, диатермокоагулятор, ультразвуковой скалер, трехфункциональный пистолет, воздушно-абразивная насадка, слюноотсос, плевательница, светильник и негатоскоп) составляет 100% в государственных МСО, в муниципальных[234] они имелись в 56,5%, а в частных - в 95,4%.

Все учреждения ГСЗ имеют в своем оснащении автоклавы, аппараты для диагностики жизнеспособности пульпы и для определения глубины корневого канала, ультразвуковые скалеры для снятия зубных отложений, камеры для хранения стерильных инструментов, компьютеры, лампы бактерицидные и для полимеризации пломбировочных материалов, микромоторы, наконечники в ассортименте, приборы для очистки и смазки наконечников, стерилизатор гласперленовый и суховоздушный, стол письменный для врача и столик стоматологический, стул для врача и ассистента, шкаф сухожаровой, шкаф для медицинской сестры и для хранения расходных материалов. Аквадистиллятор, аппарат воздушно-

2004. - № 2. - С. 38-42.; Ахатова, Д.М. Эффективность оперативно-восстановительного лечения кариеса зубов у школьников / Д.М. Ахатова, Л.А. Марапова, З.Р. Сейдаметова // Профилактика, лечение кариеса и его осложнений у детей: сб. науч. тр. - Казан, мед.ин-т. - Казань, 2009. - Т. 72. - 169с.

[234] В период проведения исследования переход на одноканальное финансирование еще не был завершен.

абразивный для снятия зубных отложений, аппарат для электрофонофореза, интраоральную видеокамеру, диатермокоагулятор, лампу для проведения кабинетного отбеливания, машину упаковочную, турбинные наконечники с фиброоптикой, эндодонтические наконечники и пьезоэлектрические наконечники для снятия зубных отложений, негатоскоп, прибор для разогревания гуттаперчи, радиовизиограф, систему для кондиционирования и увлажнения воздуха имеют 7 из 12 государственных МСО (58,3%). Только 2 из 12 (16,6%) МСО оснащены понижающими эндодонтическими наконечниками, приборами для измерения выносливости пародонта, для определения степени подвижности зубов и для утилизации шприцев, игл и других одноразовых инструментов.

Уровень оснащенности учреждений ГСЗ инновационным оборудованием: местное обезболивание 1 из 12 (8,3%) (компьютерный беспроводной шприц «Anaeject» и насадка на карпульный шприц Vibrajet VJR3R Rechargeable), атравматичное удаление зубов – 0 (экстракторы «Physicsforceps»), системы для удаления корней зубов - 0 («EASYX-TRAC-system» и SapianRootRemoveSystem), инструменты для немедленной дентальной имплантации – 3 из 12 (25%), открытый и закрытый синус-лифтинг - 0 (хирургический набор «DASK»).

Стоматологические учреждения МСЗ по своей оснащенности уступают государственным. На 100% они укомплектованы только камерами для хранения стерильных инструментов, угловыми и прямыми наконечниками для микромотора, турбинными наконечниками без фиброоптики, стерилизаторами суховоздушными, письменными столами для врача и столиками стоматологическими, стулом для врача-стоматолога, сухожаровыми шкафами, шкафами для медицинской сестры и для хранения расходных материалов. Аппаратами для диагностики жизнеспособности пульпы оснащены 54,8%, аппаратами для определения глубины корневого канала 98,5%, аппаратами ультразвуковыми для снятия зубных отложений 50,5%, диатермокоагуляторами 73,4%, компьютерами 90,6%, лампами для

фотополимеризации 100%, турбинными наконечниками с фиброоптикой 30,5%, приборами для очистки и смазки наконечников 85,7%, системой для кондиционирования и увлажнения воздуха 56,7%, глас-перленовыми стерилизаторами 100% МСЗ. От 40 до 60% имеют автоклавы (35,6%), аппараты воздушно-абразивные для снятия зубных отложений (40,3%), приборы для разогревания гуттаперчи (25,3%), радиовизиограф (23,3%), стул для ассистента врача-стоматолога (30,5%). Менее чем каждая четвертая имеет аквадистиллятор (20,5%), аппараты для электрофонофореза (10,5%), упаковочную машину (10,5%), эндодонтический понижающий наконечник (10,7%). И только отдельные учреждения МСЗ укомплектованы амальгамосмесителем (5,0%), аппаратом для заточки инструментов (2%), видеокамерой интраоральной (3,5%), приборами для определения степени подвижности зубов (3,5%) и для утилизации шприцев, игл и других одноразовых инструментов (3,5%), ультразвуковым оборудованием для эндодонтии (8,5%). При этом в одной из них дополнительно к указанному оборудованию имеются экстрактор для удаления сломанных инструментов, эндодонтический микромотор и ультразвуковой аппарат для лечения пародонтита.

Уровень оснащенности обследованных нами 16-ти учреждений МСЗ инновационным оборудованием: местное обезболивание 2 (12,5%) (компьютерный беспроводной шприц «Anaeject» и насадка на карпульный шприцVibrajet VJR3R Rechargeable), атравматичное удаление зубов – 0 (экстракторы «Physicsforceps»), системы для удаления корней зубов - 0 («EASYX-TRAC-system» и SapianRootRemoveSystem), инструменты для немедленной дентальной имплантации – 2 (12,5%), открытый и закрытый синус-лифтинг - 0 (хирургический набор «DASK»).

Стоматологические учреждения ЧСЗ оснащены значительно лучше муниципальных и государственных. В каждой второй имеется аквадистиллятор (59,5%), аппаратвоздушно-абразивный для снятия зубных отложений (56,7%), диатермокоагулятор стоматологический (75,4%),

турбинные наконечники с фиброоптикой (80,5%), пьезоэлектрические наконечники для снятия зубных отложений (84,5%), ультразвуковое оборудование для эндодонтии (80,5%), прибор для утилизации шприцев, игл и других одноразовых инструментов (90,6%). Более трех четвертей оснащены аппаратами для диагностики жизнеспособности пульпы (84,7%), для определения глубины корневого канала (100%) и ультразвуковыми аппаратами для снятия зубных отложений (100%), камерой для хранения стерильных инструментов (100%), компьютерами (100%), лампами для полимеризации (100%), эндодонтическими наконечниками (95,4%), прибором для разогревания гуттаперчи (96,5%). Более половины имеют автоклав (57,8%), аппарат для заточки инструментов (63,7%), эндодонтические понижающие наконечники (19,3%), прибор для определения степени подвижности зубов (44,5%), радиовизиограф (48,6%), стул для ассистента врача (62,6%), ультразвуковое оборудование для подготовки кариозных полостей (77,5%).

Особенно существенна разница оснащенности учреждений ЧСЗ по сравнению с организациями ГСЗ и МСЗ инновационным стоматологическим оборудованием.

Уровень оснащенности обследованных нами 30-ти стоматологических учреждений ЧСЗ инновационным оборудованием: местное обезболивание 11 (36,6%) (компьютерный беспроводной шприц «Anaeject» и насадка на карпульный шприцVibrajet VJR3R Rechargeable), атравматичное удаление зубов – 5 (16,7%) (экстракторы «Physicsforceps»), системы для удаления корней зубов – 2 (6,7%) («EASYX-TRAC-system» и SapianRootRemoveSystem), инструменты для немедленной дентальной имплантации – 22 (73,3%), открытый и закрытый синус-лифтинг – 16 (53,3%) (хирургический набор «DASK»).

Следует отметить, что залогом успешной работы стоматологических отделений является их материально-технического обеспечение на всех этапах оказания стоматологической помощи. Для сравнительного анализа

материально-технического обеспечения исследуемых стоматологических учреждений с комплексным предоставлением помощи выбирали доступные критерии, такие как количество единиц стоматологического оборудования и его новизну. С помощью таких критериев оценивали — ортопедическое, хирургическое, терапевтическое, рентгенологическое и стерилизационное отделения стоматологических учреждений различных форм собственности (табл. 27). Мы приводим данные по типичным клиникам разных форм собственности, действующих в Ставропольском крае.

Таблица 27

Материально-техническая база типичного стоматологического учреждения ГСЗ и типичного стоматологического учреждения ЧСЗ (2011-2013 гг.)

Перечень оборудования	Исследуемые клиники	
	ЧСЗ	ГСЗ
Ортопедическое отделение		
Установка стоматологическая ± внутриротовая камера	4	1
Камера Панмед	3	-
Лампа фотополимерная	3	1
Наконечник Bein-Ei2 прямой	4	1
Наконечник NSK угловой	2	1
Наконечник турбинный	4	2
Пескоструйный аппарат	1	-
Артикулятор	4	-
Всего единиц:	**25**	**6**
Хирургическое отделение		
Установка стоматологическая	2	1
Лампа кварцевая	4	4
Аппарат для наркоза Фаза-8	1	-
Аппарат для ультразвуковой очистки инструментария	1	1
Видеокамера экстраоральная	1	-
Видеокамера интраоральная	2	-
Аппарат Vacuson	1	-
Аппарат CardioalertCastelini	1	-

Аппарат дефибриллятор	1	-
Аппарат ИВЛ с ручным приводом	1	-
Физиодиспансер	2	1
Компрессор	2	-
Аспиратор	2	-
Дополнительно:		
Аппарат Vektor	1	1
Пьезохирургия	1	-
Всего единиц:	**23**	**8**
Терапевтическое отделение		
Пискоструйный аппарат	1	1
Установка стоматологическая	5	1

Перечень оборудования	Исследуемые клиники	
	ЧСЗ	ГСЗ -1
Внутриротоваякамера	4	-
Камера Господин мед	2	-
Лампа фотополимерная	5	3
Наконечник NSK прямой	1	1
Наконечник турбинный	6	3
Депофорез	1	1
Наконечник угловой	5	3
Дентальный рентгена аппарат+ радиовизиограф	1	1
Апекс локатор + наконечник эндодонтический	1	1
Аппарат Дентапорт	2	-
Печь для разогрева гуттаперчевых штифтов	1	1
Электрошпатель	1	-
Аппарат HealOzone	1	1
Аппарат «Диод лазер» (Diodium 1064)	1	-
Аппарат для горячей гуттаперчи (QSE)	1	1
Аппарат для определения цвета	1	-
Компрессор	2	3
Аспиратор	1	-
Дополнительно:		
Аппарат Бейонд	-	1
Аппарат Ендосоник	-	1
Аппарат рота-микс	-	1
Кофе диагностодент	-	1

Всего единиц:	**43**	**25**
Рентгенологическое отделение		
Томограф трехмерный	1	-
Рентгенологический аппарат ортопантомограф	1	1
Всего единиц:	**2**	**1**
Стерилизационное отделение		
Сухожаровой стерилизатор	1	1
Автоклав	2	2
Упаковочная машина	1	1
Дистиллятор воды	1	1
Лампа бактерицидная	1	1
Всего единиц:	**6**	**6**

Муниципальная стоматологическая клиника (ГСЗ -1)

Перечень оборудования	Исследуемая клиника
Автоклав DK 100	1
Дистиллятор воды	1
Сухожаровой стерилизатор	1
Камера Панмед	1
Лампа фотополимерная	2
Рентгенкабинет дентальный + радиовизиограф	1+1
Стоматологические установки	2
Наконечники угловые	2
Наконечник прямой	1
Наконечники турбинные	2
Физиодиспансер	1
Компрессор	1
Всего единиц:	**17**

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в ортопедическом отделении клиники ЧСЗ в количественном соотношении оборудования в 4,2 раза больше, чем в ГСЗ и при этом его удельный вес составляет 80,6% против 19,4% соответственно (рис. 1).

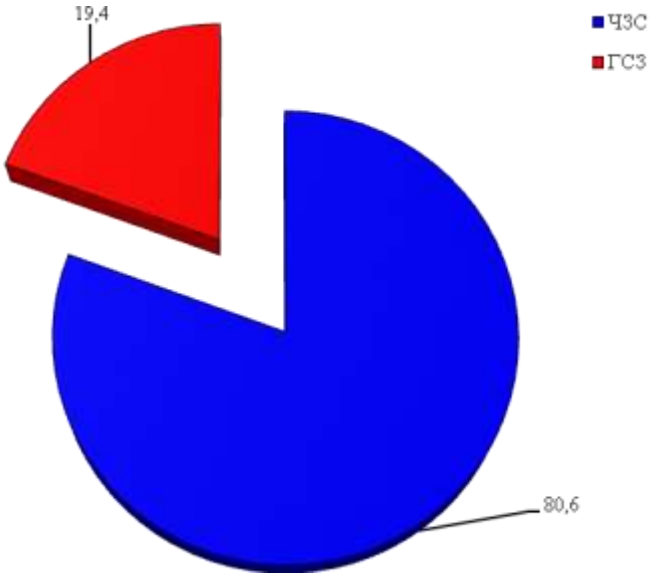


Рис. 1. Удельный вес стоматологического оборудования ортопедических отделений клиник ГСЗ и ЧСЗ (2011–2013 гг.)19,4

Основной особенностью технического оборудования частной стоматологической клиники является то, что оно соответствует современным мировым требованиям. В частности клиника укомплектована стоматологической установкой с внутриротовой камерой, камерой Панмед, пискоструйным аппаратом и артикулятором, при отсутствии аналогичных в ортопедических кабинетах клиники ГСЗ и муниципальной стоматологической клинике.

В хирургических отделениях исследуемых стоматологических учреждениях количество специализированного оборудования в клинике ЧСЗ в 2, 9 раза превышает показатель в ГСЗ (см. табл. 6.1), а удельный вес единиц оборудования государственной клинике составляет 25,8% против 74,2% в частной (рис. 2).

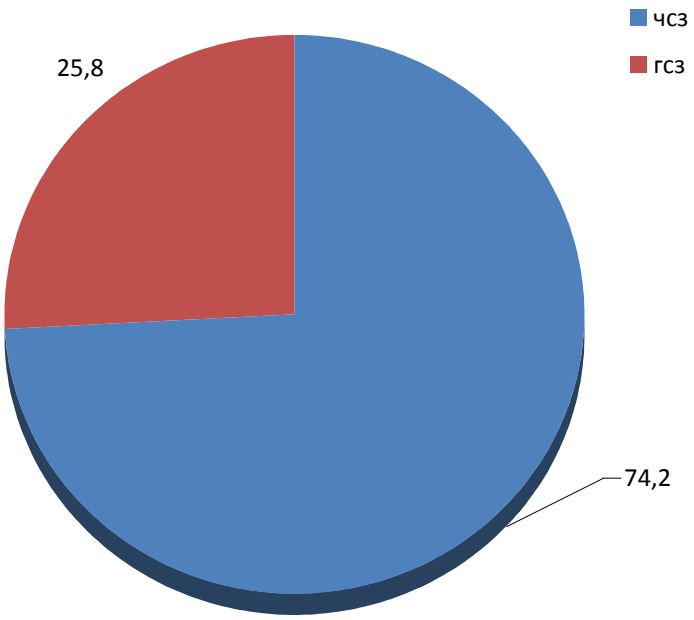


Рис. 2. Удельный вес стоматологического оборудования хирургических отделений клиник ГСЗ и ЧСЗ (2011– 2013 гг.)

Важно отметить, что хирургическое отделение клиники ЧСЗ в отличие от клиники ГСЗ, оснащено современным оборудованием, которые позволяют выполнять стоматологические вмешательства под наркозом (аппарат фаза-8), а также аппаратами, которые при необходимости используют для контроля и профилактики терминальных состояний во время оперативных вмешательств при проведении дентальной имплантации (аппарат Cardioalert Castelini, дефибриллятор, аппарат ИВЛ с ручным приводом).

Следует выделить и наличие вне- и внутриоральных видеокамер, что повышает качество оказываемой стоматологической помощи данной исследуемой частой клиники и оптимизирует работу хирургов-стоматологов (см. табл. 27). Современность и ценность такого оборудования свидетельствует о преимуществах перед другими стоматологическими учреждениями, эффективной работе клиники и ее хороших финансовых возможностях.

Более оснащенными оказались терапевтические отделения исследуемых клиник, которые характеризуются, прежде всего, значительной

распространенностью отдельных видов стоматологической патологии (кариес и его осложнение, патология СОПР и пародонта), которые нуждаются в комплексном лечении, особенно перед операцией дентальной имплантации. Однако при общем количестве единиц оборудования — 69 наименований (см. табл. 27), удельный вес его ГСЗ-1составил 37,7% против 62,3% в частной клинике (рис. 3).

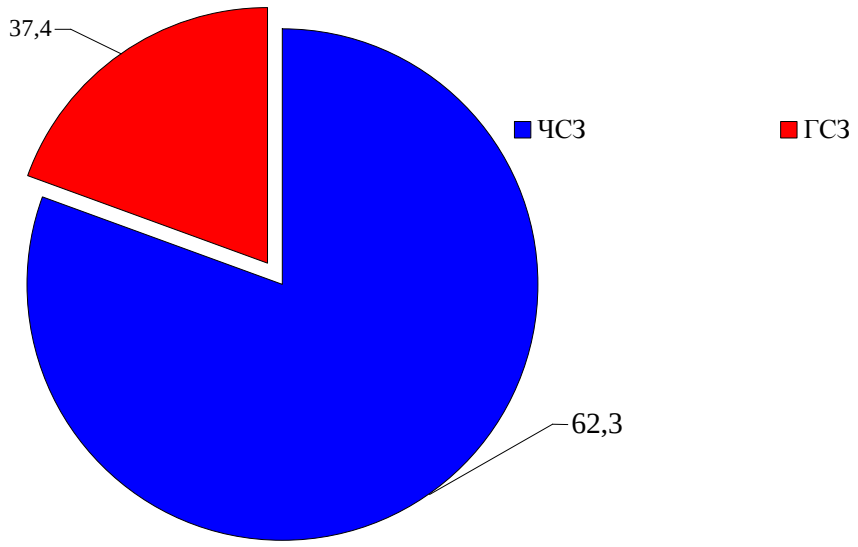


Рис. 3. Удельный вес стоматологического оборудования терапевтических отделений клиник ГСЗ и ЧСЗ (2011- 2013 гг.)

Установлено, что современное и дорогостоящее стоматологическое оборудования имеет терапевтическое отделение клиники ЧСЗ, в частности такие стоматологические установки, как CasteliniPuma (3 единицы) и Castelini Logos Junior (2 единицы) с внутриротовыми камерами (4 единицы), тогда как в соответствующем отделении клиники ГСЗ имеются лишь три стоматологические установки на все отделение, производителей Sirona и Kavo.

Пациенты, которые выбирают дентальную имплантацию в дальнейшем сами заинтересованы в полной санации полости, поэтому и их запросы в по восстановлению дефектов твердых тканей зубов правомерны. Стоматологические учреждения, которые оказывают комплексную

стоматологическую помощь стараются соответствовать современным стандартам. Это послужило поводом для внедрения в клинике ЧСЗ эстетичных реставраций с индивидуальным подбором цвета зубов с использованием специального аппарата и аппарат для лазеротерапии «Диод лазер» (Diodium 1064), что позволяет стоматологам внедрять наиболее инновационные технологии в лечении больных.

При сравнительном анализе оснащения рентгенологических отделений исследуемых клиник выявлено только двукратное преимущество его количества в частной стоматологической клинике (см. табл. 6.1), а главное — наличие в ней оборудования, которое позволяет более качественно обеспечить рентгенологический контроль за стоматологическими вмешательствами. Если клиника ЧСЗ использует современный 3-мерный томограф и ортопантомограф Veraiewepocs SDCP, то диагностические процедуры рентгенологического контроля в ГСЗ обеспечиваются лишь стандартным рентгенологическим аппаратом, при этом удельный вес оборудования составляет 33,3% против 66,7% у ЧСЗ (рис. 4).

Анализ оборудования стерилизационных отделений клиник сравниваемых стоматологических учреждений и их соответствие современным стандартам показал одинаковую тенденцию относительно количественных и качественных его характеристик (см. табл. 27).

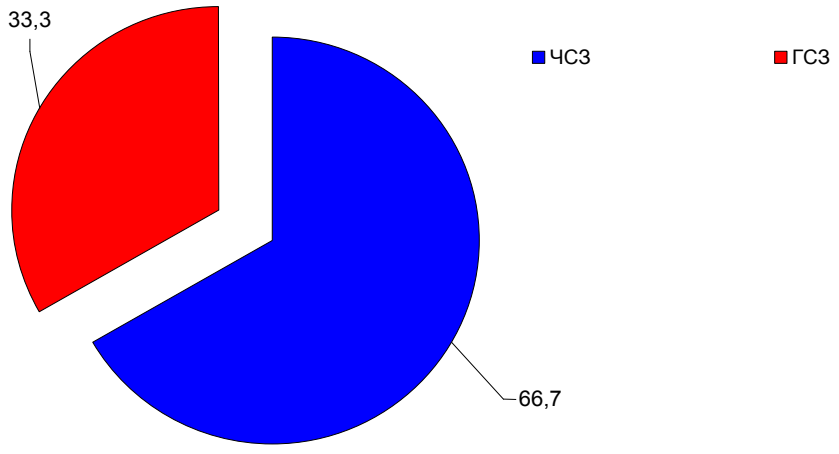
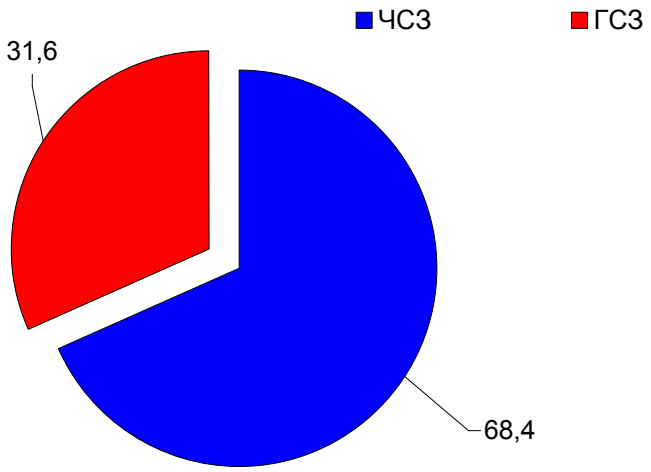


Рис. 4. Удельный вес стоматологического оборудования рентгенологических

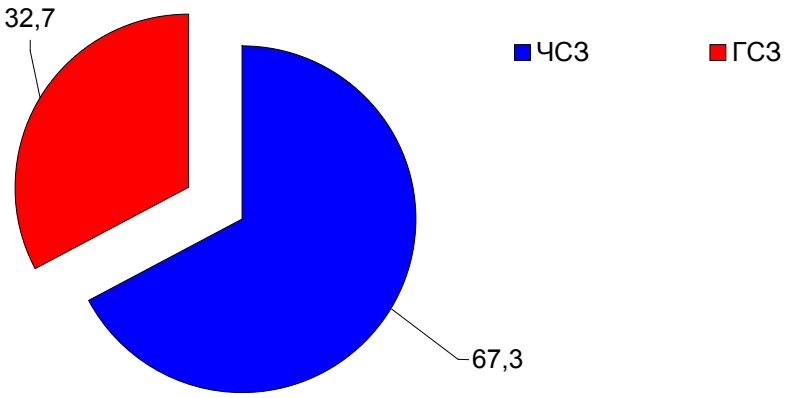
отделений клиник ГСЗ и ЧСЗ (2011– 2013 гг.)

Их мощность позволяет обеспечить на высоком уровне соблюдать правила асептики разнопрофильных стоматологических вмешательств, что является весьма актуальным, учитывая все большую распространенность особо опасных заболеваний (ВИЧ, СПИД, гепатит В и С, туберкулез). К тому же соблюдение определенных стандартов асептики в исследуемых клиниках приводит к снижению проценту осложнений стоматологических вмешательств, что не только положительно влияет на имидж учреждений с комплексным предоставлением стоматологической помощи, но и в полном объеме удовлетворяет потребности пациентов.

Также для сравнения проанализировали и ситуацию в муниципальной стоматологической клинике. Результаты ее оснащения (см. табл. 27) показали следующее: удельный вес оборудования стерилизационного отделения составил 33,3%, терапевтического кабинета - 31,6%, а оборудование рентгенологического кабинета как в качественном так и количественном соотношении не отличалось от аналогичного показателя установленного в ГСЗ, что, безусловно, является дополнением в оказании стоматологической помощи населению Ставропольского края (рис. 5).



А. Терапевтические кабинеты



Б. Стерилизационное отделение

Рис. 5. Удельный вес оборудования терапевтического (А) и стерилизационного (Б) отделений муниципальной стоматологической клиники (2011-2013 гг.)

Необходимо отметить, что в муниципальной стоматологической клинике также в полном объеме предоставляют комплексную стоматологическую помощь населению, потому, что в ее составе присутствующие все структурные единицы, аналогичные государственным и частным стоматологическим учреждениям. При этом удельный вес ее оборудования в общем количестве оборудования ГСЗ составляет почти 36,2% (рис. 6). Как сказано выше, муниципальная стоматологическая клиники содержат в своем составе все необходимые структурные подразделы по обеспечению комплексного предоставления стоматологической помощи.

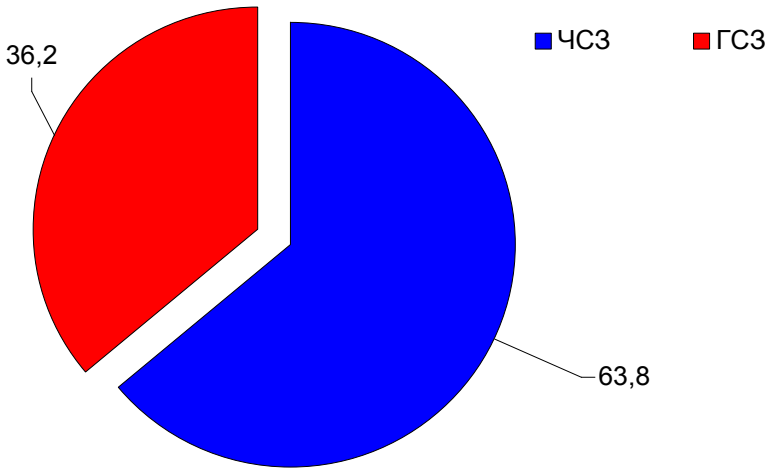


Рис. 6. Удельный вес оборудования муниципальной стоматологической клиники и ГСЗ (2011-2013 гг.)

Приведенные показатели являются довольно высоким и объективно свидетельствует о низком уровне конкурентоспособности муниципальной стоматологической клиники по сравнению с государственной и, тем более, с частной. Необходимо отметить, что исследование проводилось до начала реализации Федерального закона от 29.11.2010 № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». На момент проведения исследования в Ставропольском крае еще не был осуществлен переход на одноканальное финансирование в здравоохранении. Но материал, собранный в муниципальных стоматологических клиниках показал, что закрепленное законом №313-ФЗ решение полностью справедливо.

Результаты сравнительного анализа мощности отделений клиник ГСЗ и ЧСЗ установил, что по количеству и качеству стоматологического оборудования первое место занимают терапевтические отделения (соответственно 43 и 26 единиц оборудования) так как оказание терапевтических стоматологических мероприятий более востребовано у населения. Второе место разделяют между собой хирургические (23 и 8

единиц оборудования) и ортопедические (25 и 6 единице) отделения. Это показывает что ортопедические и хирургические мероприятия взаимосвязаны, дополняют друг друга и расширяют свои возможности за счет внедрения новых высококачественных стоматологических методов и средств оказания комплексной стоматологической помощи. Выявленное преимущество изучаемых показателей в пользу частной стоматологической клиники ЧСЗ, свидетельствует о ее целеустремленной и современной работе в маркетинговых исследований рынка стоматологических услуг, как в Ставропольском крае, так и за его пределами, целесообразность рациональной и объективной оценки спроса на них населения — потенциальных потребителей этих услуг.

Вывод

Результаты проведенного исследования показали, что материально-техническое оснащение стоматологических кабинетов в государственных и муниципальных медицинских стоматологических организациях Ставропольского края значительно уступает частным. В ГСЗ-1 и муниципальной стоматологической клинике требуется улучшение уровня материально-технического оснащения инновационным стоматологическим оборудованием для оказания профилактической, имплантологической, ортопедической и лечебно-диагностической помощи жителям Ставропольского края на более высоком качественном уровне. Сравнительный анализ состояния материально-технической базы частной стоматологической клиники с комплексным предоставлением помощи установил высокую финансовую возможность относительно приобретения современного высокотехнологического оборудования, без которого невозможно дальнейшее оказание качественной профессиональной стоматологической помощи, и, как следствие, привлечение значительного количества пациентов, обеспечение их нужд в рыночных конкурентных условиях за счет поддержки высокого имиджа клиники.

3.4. Профессиональный портрет врача стоматолога-имплантолога

Основным субъектом дентальной имплантологии как специфической сферы медико-социального взаимодействия является врач стоматолог-имплантолог. Можно составить социальный портрет типичного стоматолога-имплантолога, практикующего в крупном промышленном городе, но это увело бы нас от основной программы исследования, поскольку «социальный портрет» работника — это совокупность информации о статусном и ролевом наборе, нормативных требованиях к представителю данной профессии, мотивационной сфере данного типа личности с выделением его доминантных черт и характеристик, образе жизни, социальных настроениях, материальных возможностях, с учетом общего и особенного в поведении и деятельности»[235]. Следовательно, данное понятие содержит избыточную для нашего исследования информацию. Нас в большей степени интересуют установки врачей стоматологов-имплантологов в профессиональной сфере, потому мы вводим новое понятие, соответствующее направленности исследований в социологии медицины, - «профессиональный портрет медицинского работника». Под профессиональным портретом мы подразумеваем совокупность черт типичного представителя медицинской профессии, включающую основные знания, умения, квалификацию в контексте его социальных характеристик (пол, возраст, место и стаж работы, врачебную категорию).

Эффективность использования данного понятия обусловлена требованиями профессиональной роли, которые второстепенны для социального портрета. Для составления профессионального портрета врача стоматолога-имплантолога было проведено анкетирование врачей-стоматологов, занимающихся дентальной имплантологией. В частности, врачам было предложено ответить на 20 вопросов, содержащихся в каждой

[235] Яковлева Татьяна. Что такое социальный портрет?//http://otvet.mail.ru/question/67905073. Доступ 16.12.2014.

анкете (приложение 4). Помимо общих сведений в анкетах были вопросы, касающиеся оснащения клиник и кабинетов специальным оборудованием, включая рентгенологические аппараты, приборы для определения порога электровозбудимости пульпы зубов и кожи лица, частоте встречаемости тех или иных осложнений на различных этапах имплантологического лечения больных, вопросы анатомии и топографии некоторых зон челюстно-лицевой области. Всего было проанкетировано 295 респондентов. Опрашиваемые врачи распределились по возрастным группам следующим образом: до 30 лет – 156 человек (52,9%), от 30 до 40 лет – 69 человек (23,4%), от 40 до 50 лет – 56 (18,9%), от 50 до 60 лет – 14 (4,7%), из них мужчин – 274 (92,9%), женщин – 21 (7,1%).

На рисунке 7, где представлено распределение врачей по полу и возрасту, хорошо видно, что подавляющее число врачей-стоматологов, занимающихся дентальной имплантологией, приходится на самую молодую возрастную группу – до 30 лет, что само по себе неудивительно, поскольку имплантология как одно из наиболее динамично развивающихся направлений стоматологии и медицины в целом, привлекает к себе, прежде всего, молодых специалистов.

С другой стороны, полученные данные подтверждают уже сложившуюся тенденцию отношения к дентальной имплантологии как сугубо «мужской» профессии, что особенно ясно проявилось в старших возрастных группах 40-50 и 50-60 лет, где среди респондентов была лишь одна врач-стоматолог, активно использующая в своей работе как винтовые, так и пластинчатые дентальные имплантаты. Наибольшее количество врачей-стоматологов женского пола, занимающихся дентальной имплантацией было отмечено в самой молодой возрастной группе до 30 лет – 5,42%.

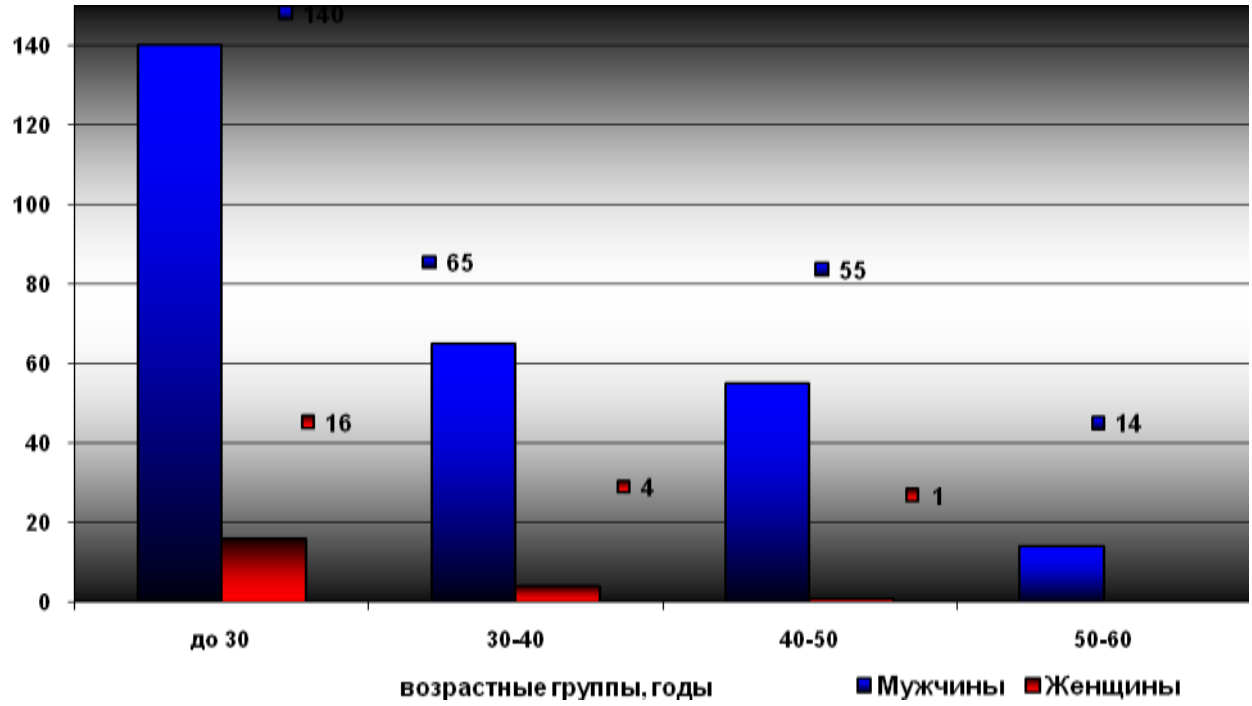


Рис. 7. Распределение респондентов по полу и возрасту

Из 295 респондентов 74 (25,0%) врача имели за плечами помимо базового высшего образования клиническую ординатуру, 12 (4,0%) – прошли аспирантуру, из них 9 (3,0%) с ученой степенью кандидата медицинских наук и 2 (0,67%) – доктора медицинских наук. Высшую врачебную категорию имели 36 (12,2%), первую 71 (24,0%), вторую 19 (6,4%).

Основная часть опрошенных респондентов - частнопрактикующие врачи 199 (67,5%), в государственных медицинских учреждениях работает 96 (32,5%) врачей, стаж работы: до 10 лет – 213 (72,2%), от 10 до 20 лет – 77 (27,8%), более 20 лет – 5 (1,7%). Интересно, что наибольшая часть врачей со стажем работы до 10 лет (51,5%) и от 10 до 20 (21,4%) лет работают в частных структурах, что, по-видимому, отражает характер развивающееся отечественной дентиндустрии как весьма успешный и коммерциализуемый (рис. 8). Следует отметить, что хотя среди частнопрактикующих врачей-стоматологов было наименьшее число респондентов, имеющих врачебную категорию (1,34%), все опрашиваемые врачи с ученой степенью кандидата медицинских наук также работали в частных стоматологических учреждениях.

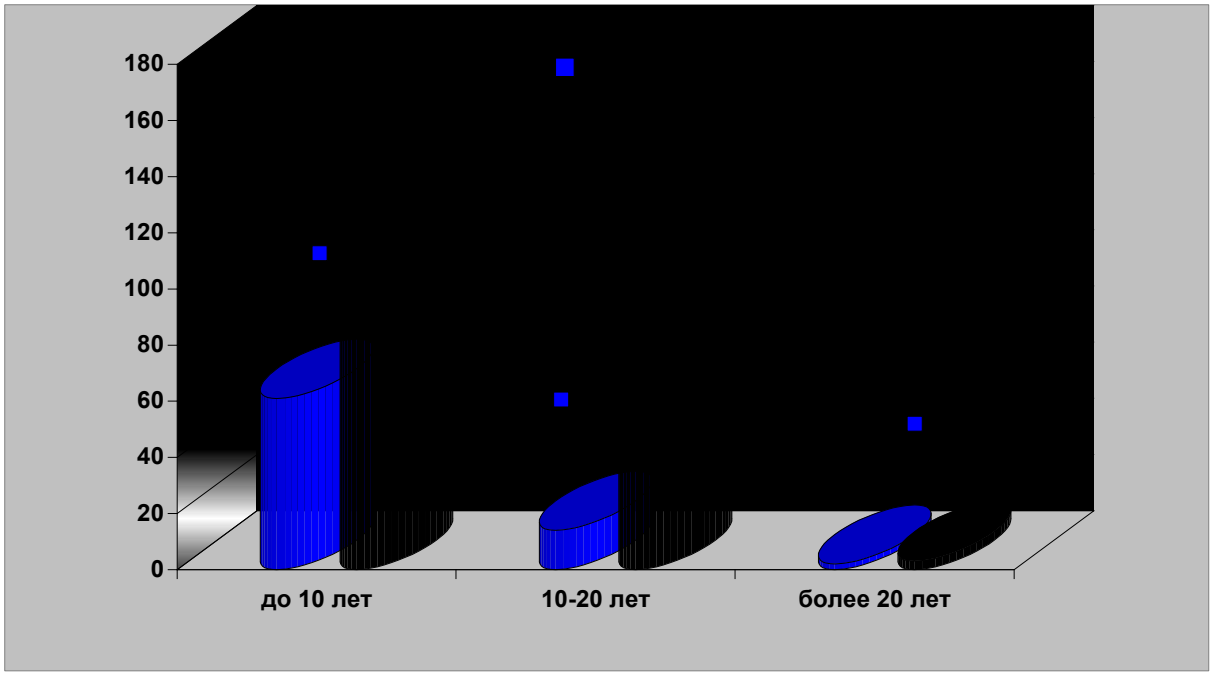


Рис. 8. Распределение респондентов по стажу и месту работы

На вопрос анкеты: «Какие имплантаты используете в работе?» почти половина респондентов (44,8%) ответила «винтовые», 16,3% - пластинчатые, 22,8% - с памятью формы, и 16,1% врачей указали, что используют в зависимости от клинической ситуации все вышеперечисленные системы дентальных имплантатов. Интересна повозрастная зависимость предпочтений в использовании различных систем и типов дентальных имплантатов. Как показали данные анкетирования, подавляющее число опрошенных врачей-стоматологов со стажем работы до 10 лет, а так же от 10 до 20 лет, предпочитают использование винтовых имплантатов – 79,3 и 57,1% соответственно (рис. 9). В группе респондентов со стажем работы более 20 лет, наблюдалось равномерное распределение предпочтений между винтовыми и пластинчатыми дентальными имплантатами – 47,3 и 42,7% соответственно. В свою очередь, несколько удивило относительно небольшое количество «врачей-универсалов», использующих в работе все перечисленные типы имплантатов, что, по-видимому, связано с индивидуальными предпочтениями врачей-стоматологов, а также достаточно высокой стоимостью современных систем дентальных имплантатов.

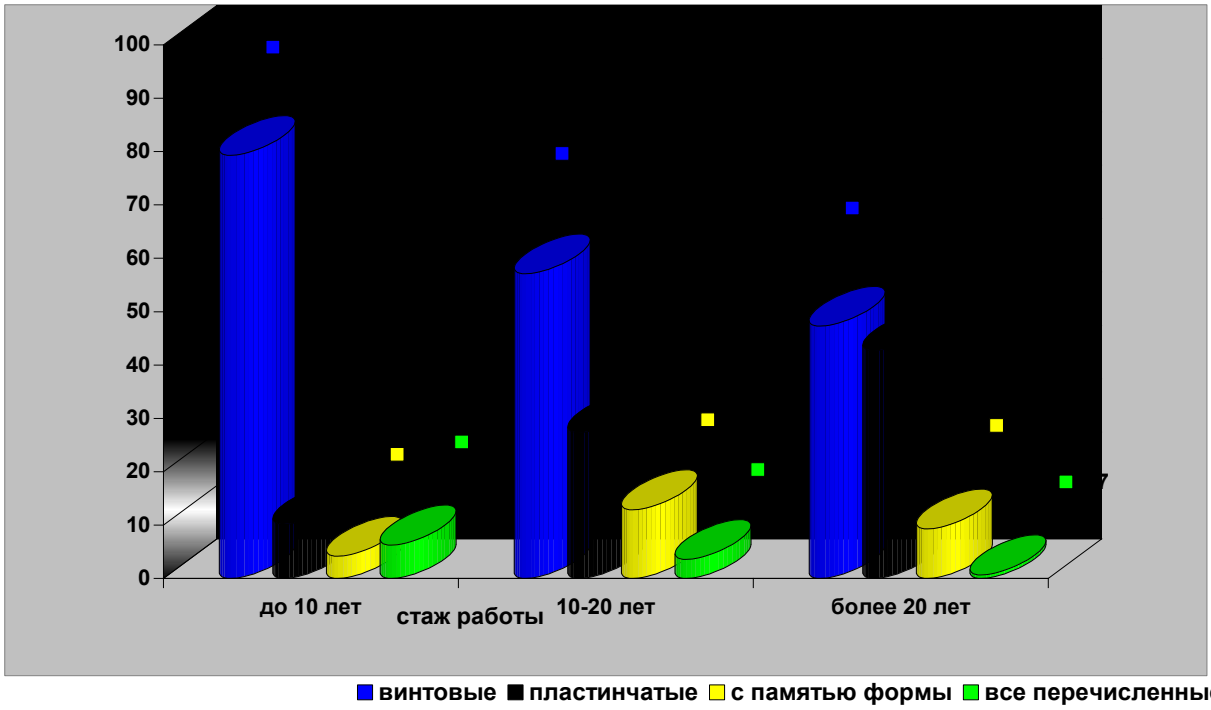


Рис. 9. Распределение респондентов в зависимости от типа используемых в работе имплантатов (в %)

В свою очередь, 32,3% опрошенных врачей используют в работе преимущественно имплантаты отечественного производства, 54,9% - импортного, а 12,7% респондентов – как отечественные, так и импортные имплантаты. Как показали результаты анкетирования, предпочтения опрошенных врачей-стоматологов при выборе страны-производителя имплантатов также во многом определяются стажем работы. Врачи со стажем работы до 10 лет предпочитают пользоваться дентальными имплантатами импортного производства (61,3%), тогда как более опытные коллеги (стаж более 20 лет) – наоборот, отечественного производства – 71,6% (рис. 10).

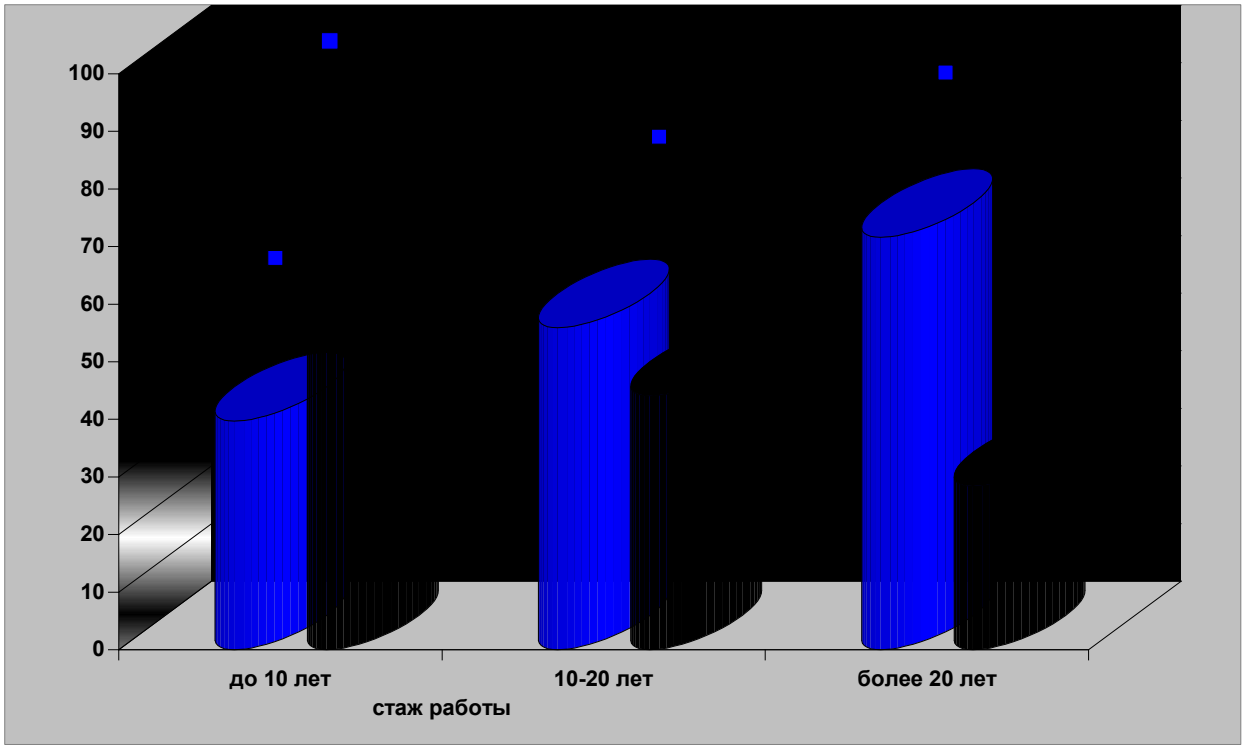


Рис. 10. Распределение респондентов в зависимости от страны-производителя дентальных имплантатов (в %)

Отдельный раздел анкеты был посвящен рентгенологическому исследованию, как одному из важнейших этапов диагностики при дентальной имплантации. Ответы респондентов на вопросы данного раздела достаточно красноречиво свидетельствуют о крайне низком уровне обеспеченности стоматологических клиник рентгенологическим оборудованием, особенно в государственных клиниках на периферии.

Отчасти из-за отсутствия необходимого оборудования большое количество респондентов (59,4%) указало на преимущественное использование внутриротовых прицельных близкофокусных рентгенограмм, которые сами по себе, по вполне понятным причинам, являются недостаточно информативными.

Только треть от числа опрошенных хирургов (33,7%) используют на этапах выполнения дентальной имплантации панорамную рентгенографию (ортопантомограммы), 2,9% - компьютерную томографию, 2,6% - радиовизиографию. С другой стороны, несмотря на то, что подавляющее

число врачей (96,4%) выполняет рентгенологическое исследование на этапе предоперационного и послеоперационного обследования пациента, лишь 6,8% из них проводят рентгенологическое исследование на всех этапах операции, а 3,6% (!) врачей, к сожалению, рентгенологического исследования не проводят вовсе. Другими словами, каждый десятый опрошенный врач-имплантолог работает вслепую, рискуя перфорировать дентальным имплантатом дно верхнечелюстного синуса или стенку нижнечелюстного канала.

Полученные данные во многом объясняют позднее выявление допущенных ошибок на этапах операции дентальной имплантации, фиксируемых при обращаемости пациентов с уже развившимся осложнением.

К числу наиболее частых осложнений хирургического этапа дентальной имплантации 55,8% опрошенных врачей отнесли кровотечение, 27,7% - перфорацию гайморовой пазухи, 14,6% - травму нижнего альвеолярного нерва вследствие перфорации нижнечелюстного канала, 1,9% - перфорацию дна полости носа (рис. 11).

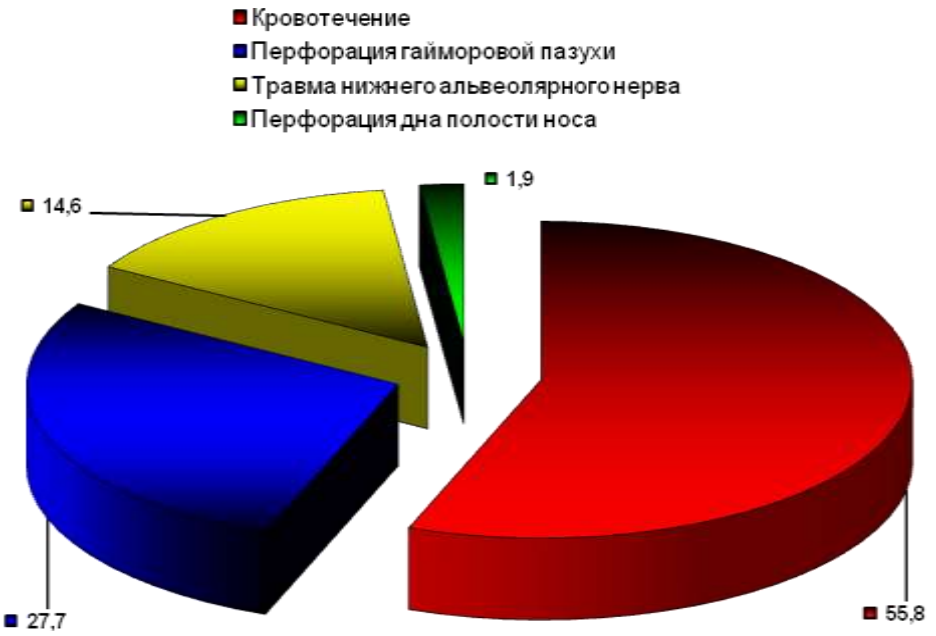


Рис. 11. Наиболее часто встречающиеся осложнения хирургического этапа дентальной имплантации (по данным анкетирования, %)

Интересен тот факт, что наибольшее количество возникавших в их практике осложнений приводят врачи со стажем работы врачом-имплантологом до 10 лет (72,2%), в группе респондентов, работающих по данной специальности более 10 лет (27,8%) количество указанных осложнений минимально. Подобная статистика, на наш взгляд, не совсем точно отражает действительность, поскольку в ходе изучения амбулаторных карт больных и историй болезни пациентов с указанными осложнениями дентальной имплантации, подобная корреляция между их частотой и стажем работы врача не отмечалась.

Наиболее частые осложнения послеоперационного этапа дентальной имплантации, по данным обработанных анкет (рис. 12), составили гайморит (45,3%), неврит (35,5%), периимплантит (19,2%).

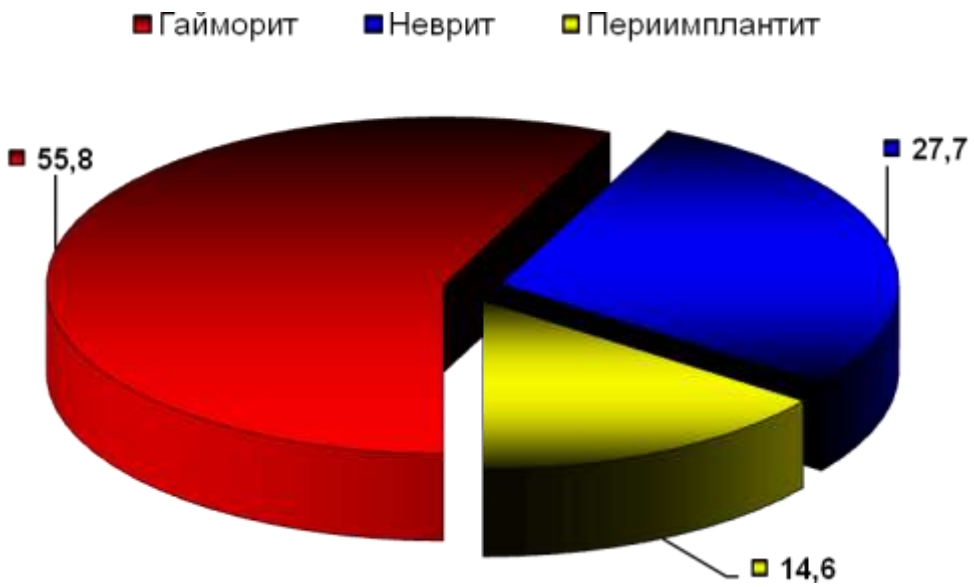


Рис. 12. Наиболее частые осложнения послеоперационного этапа дентальной имплантации (по данным анкетирования, %)

Безусловные лидеры опроса – одонтогенные гайморит и неврит нижнего альвеолярного нерва. Наибольшая частота развития именно этих осложнений в послеоперационном периоде, по-видимому, напрямую связана со все еще широко распространенным использованием устаревших методов диагностики. Более широкое применение компьютерной томографии и

радиовизиографии позволило бы существенно сократить число данных осложнений.

Интересен тот факт, что на вопрос анкеты «Учитываете ли Вы особенности анатомического строения и топографии ЧЛО при планировании дентальной имплантации?» все (!) участники опроса ответили утвердительно. Однако, ответы на два последующих вопроса, напрямую касающихся особенностей анатомического строения верхней и нижней челюстей, показали крайне низкий уровень знаний врачей. Так, 79,5% респондентов не знают о возможном наличии нескольких нижнечелюстных каналов, 14,7% опрошенных врачей не смогли правильно указать анатомические ориентиры для определения месторасположения ментального отверстия, а 68,4% врачей не знают о связи формы лицевой части черепа человека с особенностями расположения верхнечелюстного синуса по отношению к альвеолярной части верхней челюсти.

Вместе с тем, как показывает анализ литературных данных и историй болезни, к числу факторов, предрасполагающих развитие осложнений имплантологического лечения могут быть отнесены:

- выраженное пневматическое строение верхнечелюстных пазух;
- эндокринные расстройства, обусловленными диабетом, гиперпаратиреозом;
- выраженные изменения качества кости (по классификации Mish);
- длительная адентия альвеолярной части верхней челюсти с выраженной атрофией ее костной составляющей;
- хамепрозопическая форма лица (широкая и низкая);
- широкая и низкая нижняя челюсть.

Предрасполагающими факторами развития хирургических осложнений на нижней челюсти могут быть:

- индивидуальные особенности расположения нижнечелюстного канала и нижнего альвеолярного нерва в теле челюсти;

- отсутствие одной или нескольких стенок нижнечелюстного канала;
- расположение сосудисто-нервного пучка непосредственно в губчатом веществе тела нижней челюсти;
- рассыпной тип строение сосудисто-нервного пучка без четких анатомо-рентгенологических ориентиров.

Несколько вопросов анкеты было посвящено проблеме диагностики возникающих осложнений дентальной имплантации, в частности, электродиагностике. Так, по данным опроса, лишь 12,5% врачей используют в своей работе отечественные аппараты типа ЭОМ или портативные дигги-тестеры импортного производства, 87,5% таких исследований не проводят. Однако наиболее показательным стал последний вопрос анкеты, где врачам было необходимо указать на пороговые значения электровозбудимости пульпы интактных зубов и кожи лица в норме. Лишь 64,7% респондентов дали правильный ответ о пороге электровозбудимости пульпы интактных зубов в 2-6 мкА, а 94,3% (!) опрошенных врачей не смогли назвать нормальных значений электровозбудимости кожи лица (25-35 мкА).

Полученные данные свидетельствуют о существенных пробелах в знаниях большинства опрошенных врачей, что дает основание в необходимости коррекции как академического, так и последипломного образовательного курса обучения.

Вывод

По результатам опроса составлен профессиональный портрет типичного врача-имплантолога, практикующего в крупном промышленном городе:

Мужчина (92,9%), до 30 лет (52,9%), имеющий первую врачебную категорию (24,0%) и стаж работы до 10 лет (72,2%), практикующий в частной клинике (67,5%). В работе предпочитает использовать импортные (54,9%) «винтовые» (44,8%) имплантанты, не удовлетворен тем, что часто приходится пользоваться устаревшим оборудованием и устаревшими

методами, как, например, внутриротовыми прицельными близкофокусными рентгенограмми (59,4%). В своей практике отмечает большее количество осложнений, чем у стажированных коллег (72,2%). Наиболее частыми осложнениями хирургического этапа дентальной имплантации считает кровотечение (55,8%), послеоперационного этапа - гайморит (45,3%). Остро нуждается в повышении квалификации, поскольку не отличается компетентностью в некоторых важных профессиональных вопросах: не знает о возможном наличии нескольких нижнечелюстных каналов (79,5%), о связи формы лицевой части черепа человека с особенностями расположения верхнечелюстного синуса по отношению к альвеолярной части верхней челюсти (68,4%), не использует в своей работе отечественные аппараты типа ЭОМ или портативные дигги-тестеры импортного производства (87,5%), хотя имеет представление о пороге электровозбудимости пульпы интактных зубов в 2-6 мкА (64,7%).

Глава 4. КЛИНИЧЕСКИЕ РИСКИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАТАЦИИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

На сегодняшний день дентальная имплантология – одна из наиболее динамично развивающихся областей стоматологии и медицины. К настоящему времени произведены сотни тысяч имплантации во всем мире, предложены различные методики оперативных вмешательств, создано большое количество имплантологических систем.

Однако в силу высокой коммерциализации стоматологических услуг и так называемой «корпоративной этики», истинные размеры и частота осложнений на различных этапах реализации имплантологического лечения остаются нераскрытыми, особенно на региональных уровнях.

Отсутствие информации о причинах и частоте неудач при имплантологических вмешательствах рождают мифы и слухи и препятствуют объективной оценке нуждаемости данной отрасли медицины в систематизации и организации программы по профилактике осложнений как хирургических, так и ортопедических этапов дентальной имплантации.

4.1. Типология осложнений после имплантологических вмешательств в стоматологии

В одном из самых востребованных фундаментальных руководств по дентальной имплантологии, вышедшем из-под пера Марка Берта «Устранение осложнений имплантологического лечения» (2007) упоминается о 5% неудач дентальной имплантации. По данным автора руководства, в начале его практической деятельности, осложнения возникали практически у половины оперированных больных. Впоследствии они были разделены им на механические, биологические и в том числе, со стороны мягких тканей, эстетические, функциональные и прочие.

Доктор медицинских наук, профессор А.А. Кулаков (1997), на основании анализа архивного материала за 12 лет работы отделения имплантологии «ЦНИИС и ЧЛХ» Минздрава России определил количество и обосновал разновидности имплантационных осложнений, разделив их на 3 группы. Ранние - интраоперационные и возникающие в течение первого года после вмешательства, средние – от 1 года до 5 лет после операции и поздние – возникающие через 5 и более лет после хирургического лечения. Особое внимание заслуживают инфекционные осложнения в раннем послеоперационном периоде, связанные с расхождением краев раны, вплоть до развития остеомиелита альвеолярного отростка и секвестрации его фрагментов. Развитие осложнений в течение первого имплантационного периода автор наблюдал у 8,7% больных[236].

В диссертационном исследовании профессора М.В. Ломакина (2001) сообщается о 3,9% случаев выпадения (утраты) имплантатов в раннем периоде наблюдения. Однако уже через 5 лет автор регистрировал возрастание количества осложнений до 8,2%.

Результаты удачных операций дентальной имплантации представил и А.С. Борисенко (2013) за 12 летний период работы, которые составили от 55% до 73% в зависимости от типа установленного протеза, способа и вспомогательных средств (методов) при его фиксации и стабилизации. В своем исследовании автор выделил только ранние и поздние осложнения без учета каких-либо конкретных временных градаций.

В более раннем периоде, А.С. Тян и А.В. Сидоров (1993) в специальном обзоре, обобщая уже хорошо известные литературные данные, представили возможные осложнения в основные периоды жизненного цикла имплантационной системы, выделяя в последнем несколько функциональных периодов, разделяя их на операционный и послеоперационный этапы.

[236]Дахкильгов, М. У.-Г. Эпидемиологическое исследование распространённости и интенсивности заболеваний зубов и пародонта у населения республики Ингушетия, определение потребности в стоматологической помощи / М.У-Г. Дахкильгов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2011. - 24 с.

Авторы подробно перечислили врачебные ошибки и возникающие осложнения метода дентальной имплантации и представили анализ возможных причин их возникновения.

В своем фундаментальном учебном пособии «Стоматологическая имплантология» С.Ю. Иванов с соавторами (2000) разделили все осложнения, возникающие при проведении операции дентальной имплантации и в период функционирования протетических конструкций, установленных на дентальные имплантаты на 2 группы. Первая - осложнения хирургического этапа и вторая – осложнения ортопедического этапа, которые в свою очередь, делят на ранние (в течение 1 месяца после операции) и поздние – возникающие спустя месяц после операции до второго этапа имплантации (3-6 месяцев).

В.Л. Параскевич (2002) в своих трудах по дентальной имплантологии выделил осложнения, возникающие во время операции и в послеоперационном периоде (втором этапе имплантации, протезировании, функционировании имплантатов). По данным Стивена Экерта (Рочестер, США 2005) врачи в своей работе используют более 7 систем дентальных имплантатов различных производителей. Их «выживаемость» отмечена на уровне 96% из 7398 проведенных операций дентальной имплантации. Несостоятельность имплантатов составила 4% (около 300 имплантаций). Подробный анализ клинического материала выявил значительное абсолютное число неудач самого метода дентальной имплантации. Поэтому, автор справедливо назвал дентальную имплантацию еще недостаточно изученной областью медицины. По его мнению, публикации об осложнениях метода необходимо поощрять, что позволит расширить границы возможностей имплантологической помощи.

Вместе с тем, до сегодняшнего дня в России нет единой системы классификации всех типов осложнений дентальной имплантации, отсутствие которой существенно затрудняет трактовку анализируемого материала и объективную оценку качества протезов – как результатов

имплантологического лечения в целом. Одной из основных причин сложившейся ситуации является укоренившееся мнение о том, что осложнения при дентальной имплантации - это, прежде всего, свидетельство личного неудачного опыта специалиста, поэтому данные об осложнениях при проведении имплантологического лечения, как правило, умалчивают. Особенно это касается небольших регионов, где неудачно проведенные имплантологические дентальные вмешательства быстро подвергаются огласке.

В настоящее время накоплен значительный клинический опыт, который позволяет, с учетом литературных данных, систематизировать встречающиеся осложнения на различных этапах дентальной имплантации. Следует особо выделить хирургические осложнения, которые возникли вследствие неадекватных профессиональных действий врача во время оперативного вмешательства, технических ошибок, а также неисполнения протокола обязательного дооперационного обследования и лечения. Вместе с тем, хирургические осложнения, как правило, требуют активного вмешательства для их устранения. Нами сделана попытка систематизировать описанные в специальной литературе и встретившиеся в практической деятельности осложнения дентальной имплантации, представив их в виде рабочей классификации. Представляется необходимым выделить, прежде всего:

А. Общие осложнения, обусловленные сопутствующими заболеваниями, аллергической реакцией, несоблюдением протокола предоперационного обследования и лечения, техническими причинам.

Б. Местные осложнения, возникающие в зоне самого оперативного вмешательства.

Осложнения дентальной имплантации следует также рассматривать по времени их возникновения:

1) В период подготовки к дентальной имплантации (неадекватная оценка состояния костной ткани, осложнений при проведении операции

синус-лифтинга, винирной пластики, применения остеопластических материалов).

2) Во время операции дентальной имплантации

3) В ранние сроки после дентальной имплантации (до снятия швов, заживления раны вторичным натяжением, т.е. от 7-10 дней до 1 месяца).

4) При проведении второго этапа имплантации (через 3-6 месяцев после дентальной имплантации).

5) В отдаленные сроки после дентальной имплантации:

спустя 6 месяцев и более после дентальной имплантации;

через 3-5 и более лет после дентальной имплантации

К хирургическим осложнениям в период подготовки к дентальной имплантации следует отнести:

1) осложнения при проведении доимплантационных хирургических вмешательств (синус-лифтинг, винирная пластика, применение остеопластических материалов и т.д.)

2) осложнения из-за несоблюдения протокола дооперационного обследования и лечения (неверная оценка состояния костной ткани челюстей, смежных анатомических образований, и как следствие, неадекватный выбор модели или величины имплантата.

Осложнения дентальной имплантации во время операции:

1) технические ошибки дентальной имплантации, обусловившие возникновение осложнений (перелом инструментов, имплантатов, проглатывание или аспирация их фрагментов);

2) агрессивная подготовка ложа или установка для имплантата (массивные повреждения мягких тканей с образованием их дефекта, ожог костной ткани);

3) несоответствие размера подготовленного ложа и имплантата (недооценка анатомических особенностей имплантационной зоны и «качества» кости);

3) кровотечение (гематома);

4) повреждение соседних зубов и в том числе ретинированных дистопированных при формировании ложа или установки имплантата;

5) повреждение стенок верхней челюсти:

5.1.перфорация верхнечелюстной пазухи;

5.2. перфорация имплантатом дна полости носа;

5.3.отлом фрагментов костных стенок или бугра верхней челюсти;

5.4. перелом верхней челюсти;

6) повреждение стенок нижней челюсти:

6.1.перфорация наружной или внутренней кортикальной пластинок нижней челюсти;

6.2.отлом фрагментов костных стенок;

6.3.перфорация нижнечелюстного канала с различной степенью повреждения нерва (компрессия, раздавливание, разрушение и т.д.);

6.4. перелом нижней челюсти;

Хирургические осложнения в ранние сроки после дентальной имплантации (от 7-10 дней до 1месяца):

1) послеоперационная гематома в области оперативного вмешательства

2) несостоятельность швов

3) гнойный воспалительный процесс в зоне операции с заживление раны вторичным натяжением.

4) верхнечелюстной синусит вследствие перфорации пазухи или пролежня имплантата.

5) периимплантный мукозит

6) локальная боль после термического ожога кости

7) нарушение чувствительности кожи лица, десен и пульпы зубов в зоне иннервации нижнего альвеолярного нерва из-за перфорации нижнечелюстного канала с повреждением нерва.

8) подвижность имплантата

Осложнения в период проведения 2-ого этапа дентальной имплантации (спустя 3-6 месяцев после хирургического пособия).

1) подвижность имплантата

2) выкручивание или проталкивание эндопротеза в полость верхнечелюстной пазухи

3) невозможность правильного сопоставления формирователя десны с имплантатом

4) наличие грануляционной ткани вокруг шейки имплантата

5) киста у верхушки корневой части имплантата

6) визуализация края имплантата через слизистую оболочку

Осложнения в отдаленные сроки после дентальной имплантации через 6 месяцев, 3-5 и более лет, т.е. периода функционирования имплантата и оценки состояния остеоинтеграции:

1) подвижность имплантата: отсутствие остеоинтеграции - резорбция костной ткани вокруг одного или нескольких имплантатов

2) перелом имплантата, вследствие окклюзионной перегрузки

3) переимплантит

4) пенетрация или выпадение имплантата в смежные анатомические образования (верхнечелюстную пазуху, нижний носовой ход).

Представленный вариант рабочей классификации, позволяет, на наш взгляд, более объективно изучать профессиональные ошибки и специфические осложнения дентальной имплантации не только на региональном уровне, но и в масштабах страны, и тем самым, способствовать дальнейшему совершенствованию данного вида стоматологической помощи. Кроме этого, использование рабочей классификации дает возможность проводить сравнительный анализ результатов стоматологической имплантации выполненный посредством различных систем зубных эндопротезов и использования специфических способов хирургических вмешательств в различных регионах, проводить анализ полученных данных и таким образом улучшать дентальную имплантацию на всех этапах ее проведения.

Примером применения данной классификации может служить анализ *местных осложнений хирургического этапа дентальной имплантации.*

Среди них следует выделить ряд особенно опасных: кровотечение, перфорация имплантатом альвеолы соседнего зуба, верхнечелюстного синуса, нижнечелюстного канала, дна полости носа, проталкивание имплантата в верхнечелюстной синус, нижнечелюстной канал, нижний носовой ход, в мягкие ткани, травма сосудисто-нервного пучка у подбородочного отверстия, перелом нижней челюсти (редко).

Кровотечение. Наиболее опасно кровотечение при повреждении нижней альвеолярной артерии, верхнечелюстной артерии, крыловидного венозного сплетения, кровеносных сосудов дна полости рта. В первом случае чаще всего кровотечение возникает при ранении артерии в области подбородочного отверстия, лечение – перевязка сосуда, профилактика – проведение остеотомии после формирования слизисто-надкостничного лоскута, позволяющего визуально оценить расположение подбородочного отверстия и выходящего из него сосудисто-нервного пучка. В этой связи наиболее благоприятный прогноз для адекватной перевязки сосуда будет при делении сосудисто-нервного пучка на отдельные мелкие ветви (чаще 3-5 ветвей) еще в нижнечелюстном канале. В случае выхода из ментального отверстия одного целого сосудисто-нервного пучка следует отделить артерию от нижнего альвеолярного нерва, взять ее на лигатуры и перевязать.

При перфорации инструментом (особенно вращающимся) язычной поверхности тела нижней челюсти возможно перфорация бором или фрезой тканей дна полости рта. По данным некоторых авторов, возникающее при этом кровотечение может быть весьма интенсивным (MasonS.V., etall, 1990, KubiliusR.T., etall, 2004) и иметь угрожающий жизни характер. Профилактикой данного осложнения является постоянный рентгенологический и инструментальный контроль по ходу формирования ложа под имплантат.

При остеотомии в дистальных отделах верхней челюсти возможно ранение имплантатом верхнечелюстной артерии через наружную пластинку крыловидного отростка клиновидной кости. При остеотомии в области бугра верхней челюсти возможно повреждение крыловидного венозного сплетения, которое сопровождается при длительном кровотечении возникновением обширной односторонней гематомы и подкожного кровоизлияния на одной из половин лица. В обоих вышеперечисленных случаях лечение сводится к тугой тампонаде сосуда, повреждение которого вызвало кровотечение.

В случаях, когда повреждены сосуды губчатого костного вещества, стенки которых не всегда эластичны и плохо спадаются, требуется тампонада стерильной гемостатической губкой на 15-20 минут, после остановки кровотечения операцию имплантации можно продолжить.

Повышенному кровотечению губчатой костной ткани в интраоперационном периоде может способствовать хронический воспалительный процесс, ранее не выявленный и не диагностированный врачом. Неполноценный гемостаз раны может в дальнейшем стать причиной боли, нагноения в раннем послеоперационном периоде.

В некоторых случаях возможно повреждение резцовой артерии у резцового отверстия, поэтому при обнаружении кровотечения необходимо коагулировать кровоточащий сосуд (при небольшом его размере) или тампонировать гемостатической губкой.

При некоторых заболеваниях крови (нарушение свертываемости, прием лекарств, подавляющих образование протромбина, заболевания сердечно-сосудистой системы) необходимо в обязательном порядке проводить исследование свертывающей и противосвертывающей систем крови (обширную развернутую коагулограмму).

В любом случае для всех типов и видов кровотечений при проведении операции дентальной имплантации действует одно единое правило: при длительном и обильном кровотечении, остановить которое не помогает ни

одно из перечисленных мер, следует прекратить операцию и срочно госпитализировать больного в стационар.

Перелом (отлом) инструмента. Данное осложнение происходит главным образом при формировании глубокого ложа под имплантат, особенно при боковой нагрузке на режущую часть бора. В случае перелома бора в зоне наиболее тонкой режущей его части обнаружить этот фрагмент на большой глубине узкого пропила (при установке пластинчатых имплантатов) достаточно проблематично. В таком случае если отломок инструмента не виден и не определяется при зондировании, попытки его визуализировать необходимо прекратить и провести обзорное рентгенологическое исследование. При точном установлении месторасположения отломка, следует извлечь его с использованием вертикального распила щечной кортикальной пластинки, а костный дефект закрыть биорезорбируемой мембраной «Коллост» (ЗАО «Биофармхолдинг»), «Пародонкол» (ЗАО «Полистом») или другой, аналогичной приведенным выше.

Перфорация альвеолы соседнего зуба дентальным имплантатом. Такого рода осложнения возникают при неправильном выборе размера (толщины) имплантата, ошибках при определении расстояния от формируемого ложа до соседнего зуба. Кроме этого, перфорации альвеолы соседнего зуба могут способствовать чрезмерное углубление фрезой или бором костной ткани принимающего ложа, неправильное определение направления сверления кости, недостаточный рентгенологический контроль на этапе прохождения и формирования ложа и большое давление на стенки альвеолы соседнего зуба.

Перелом нижней челюсти. Достаточно редкое осложнение хирургического этапа дентальной имплантации. Основная причина осложнения – выраженная атрофия нижней челюсти, остеопороз, необоснованное использование пластинчатых имплантатов, индивидуальные

особенности расположения нижнечелюстного канала в теле челюсти (особенно язычное и переднезаднее расположение).

Начинать систематизировать осложнения возникающие в результате проведения дентальной имплантации необходимо с регионов. Поскольку именно этот анализ позволит выявить причины данных осложнений, сопровождающие тот или иной этап стоматологической имплантации: либо это неквалифицированный медицинский персонал, либо недостаточное современное оснащение стоматологических учреждений, либо не соблюдение правил оказания данной стоматологической помощи, и, следовательно, совершенствовать одно или несколько звеньев дентальной имплантации.

4.2. Клинико-рентгенологическая диагностика хирургических осложнений дентальной имплантации

Осложнения дентальной имплантации на верхней челюсти сопряжены чаще всего с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи во время операции, проталкиванием или миграцией имплантата в пазуху в интраоперационном и послеоперационном периодах (рис. 13-16).

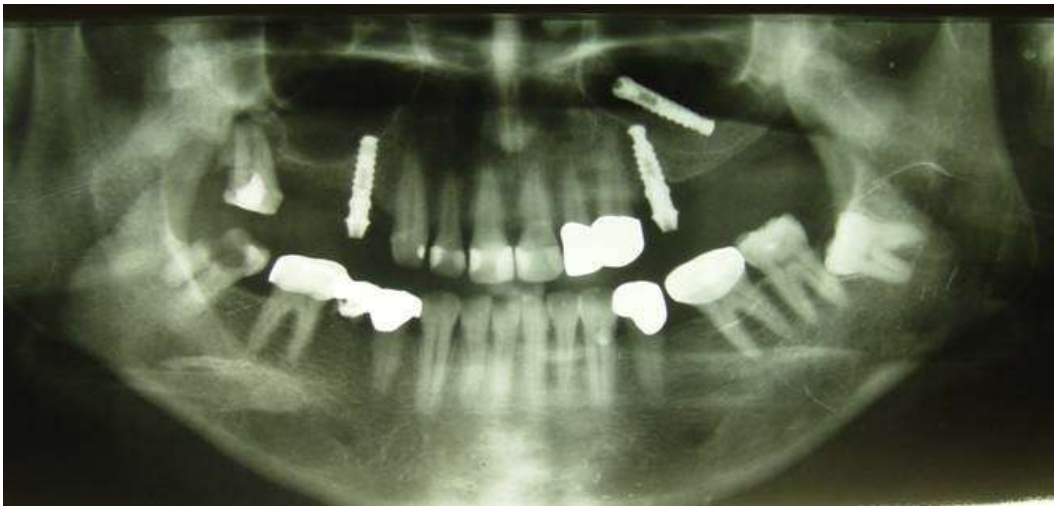


Рис. 13. Отпечаток рентгенограммы больного А. Дентальный имплантат в левой верхнечелюстной пазухе

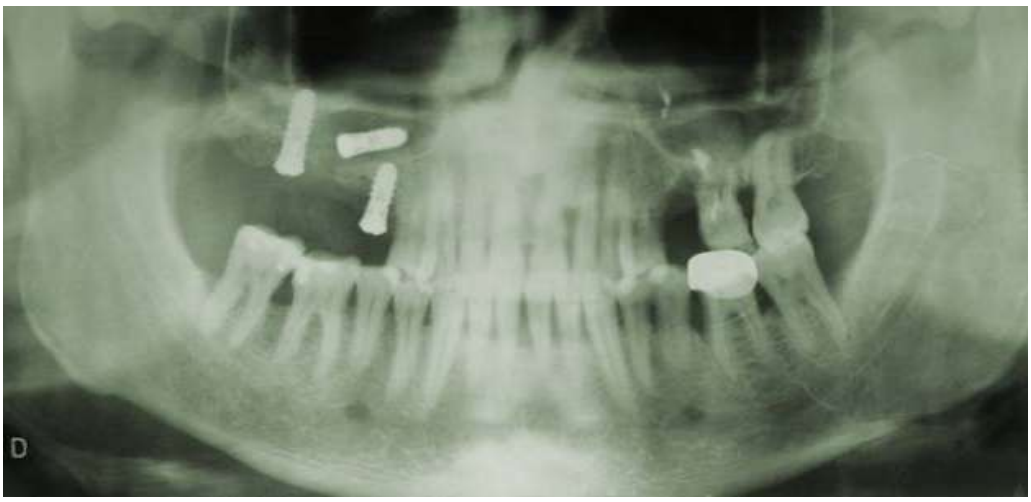


Рис. 14. Отпечаток рентгенограммы больной С. Дентальный имплантат в правой верхнечелюстной пазухе

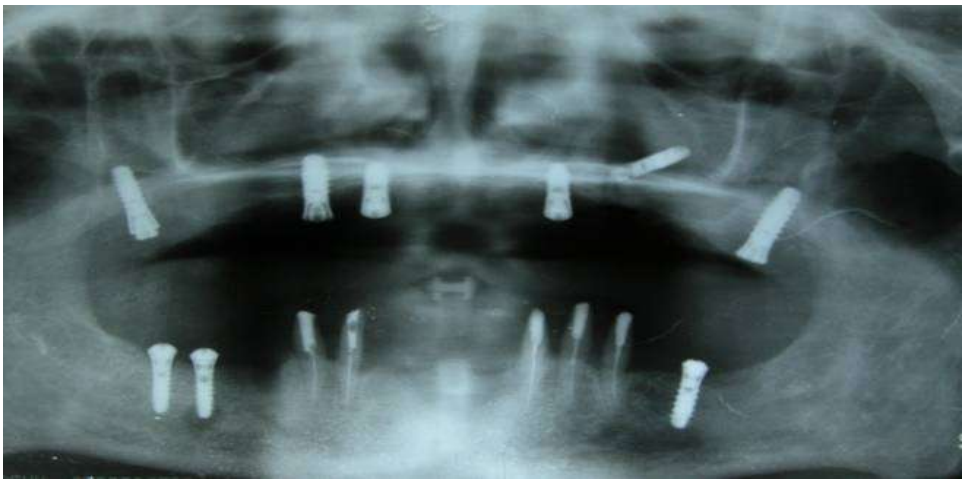


Рис. 15. Отпечаток рентгенограммы больного В. Дентальный имплантат в левой верхнечелюстной пазухе

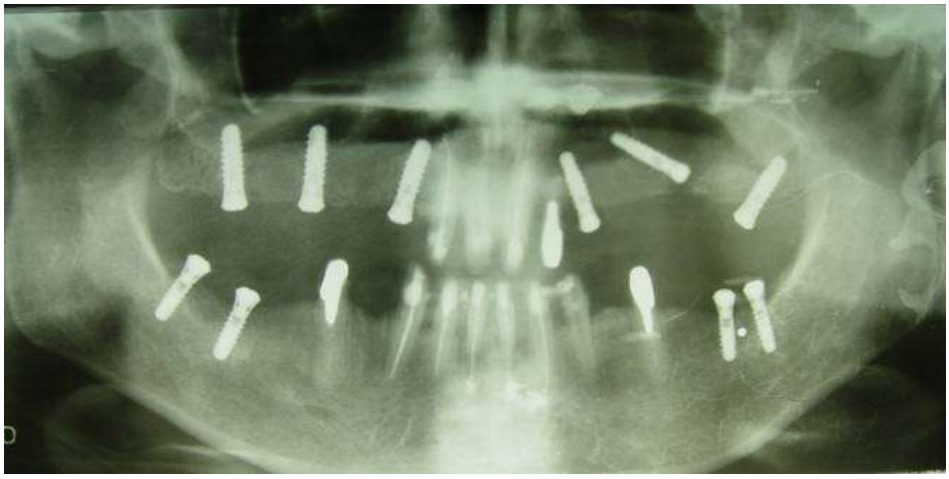


Рис. 16. Отпечаток рентгенограммы больного С. Дентальный имплантат в левой верхнечелюстной пазухе

В большинстве случаев, рентгенологическая картина при перфорации дна верхнечелюстного синуса и проталкивании дентального имплантата имеет явные и достаточно объективные признаки: на обзорной рентгенограмме отчетливо виден дентальный имплантат, частично или полностью расположенный в полости верхнечелюстной пазухи (рис. 17).

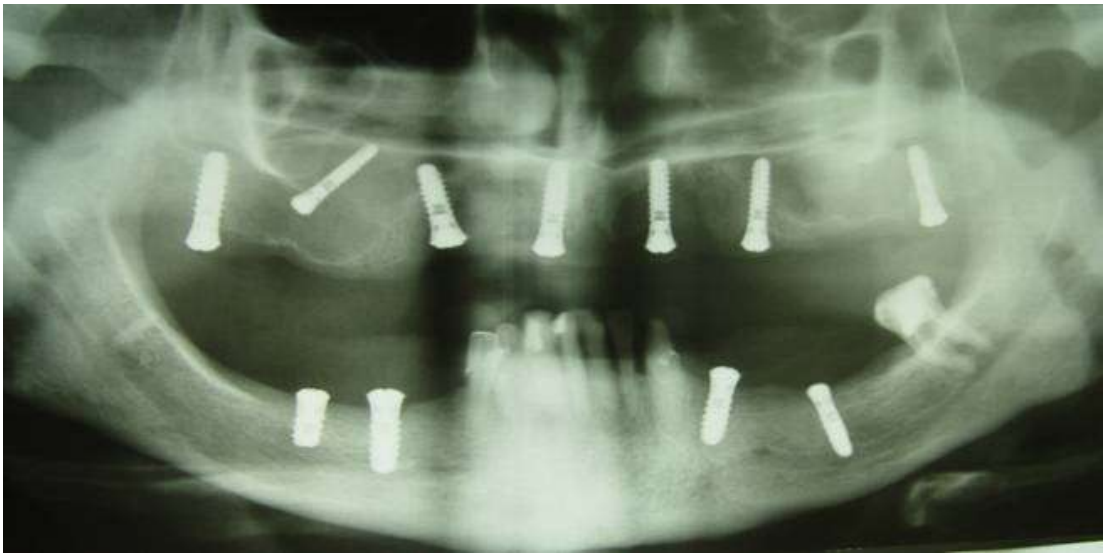


Рис. 17. Отпечаток рентгенограммы больной К. Дентальный имплантат в правой верхнечелюстной пазухе

Следует отметить, что диагностика частичного или полного выведения дентального имплантата в верхнечелюстную пазуху должна основываться не только на данных рентгенологического исследования, но и с использованием носовой пробы. В последнем случае, положительная носовая проба, а также свободное зондирование инструментом верхнечелюстной пазухи свидетельствует о нарушении целостности синусовой мембраны (рис. 18).

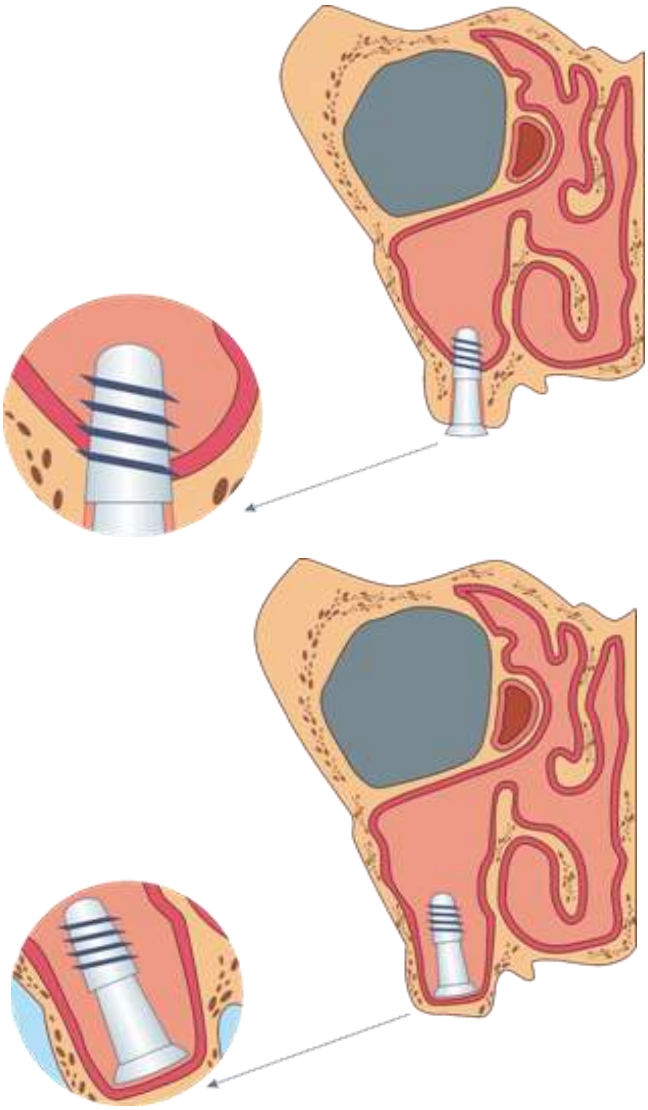


Рис. 18. Схема частичного и полного выведения дентального имплантата в верхнечелюстную пазуху

В таких случаях, если имела место перфорация дна верхнечелюстного синуса и швеерovой мембраны инструментом, а сам дентальный имплантат не выведен в синус. Необходимо ликвидировать дефект слизистой оболочки путем использования щечного (реже – небного) лоскута, а дефект костной ткани – с использованием остеопластического материала и биорезорбируемой мембраны (для разобщения костного и соединительнотканного источника регенерации). Операция дентальной имплантации в данной области откладывается на 3-4 месяца. В раннем послеоперационном периоде больному назначают антибактериальную терапию («Рокситромицин», «Рулид», «Азитромицин», «Суммамед» по 500

мг однократно в сутки в течение 4-5 дней), сосудосуживающие средства в носовой ход («Отривин-спрей» вместе с «Пиносолом» для предотвращения высыхания слизистой, «Ринофлуимуцил» - спрей назальный, как муколитическое и сосудосуживающее средство).В случае проталкивания дентального имплантата в синус попытки достать его через перфорационное отверстие будут безуспешными. Для удаления из верхнечелюстного синуса дентального имплантата необходимо проведение операции открытого синус-лифтинга с формированием костного окна в области клыковой ямки. В послеоперационном периоде больному назначается терапия по вышеописанной схеме. Нередко проталкивание дентального имплантата в верхнечелюстной синус обусловлено ошибками при изначальном определении состояния (качества) костной ткани в области имплантации, поскольку рыхлая и мягкая кость требует более осторожного формирования ложа под имплантат.

Рассматриваемому осложнению может способствовать и неправильный подбор толщины, длины и формы имплантата, проведенный без учета степени пневматизации и размеров самого синуса, а также степени дефицита прилежащей к синусу костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти (рис. 19).



Рис. 19. Схема подбора адекватного дентального имплантат с учетом индивидуальных анатомических особенностей пациента

В некоторых случаях острый синусит развивается при перфорации костной пластинки дна верхнечелюстной пазухи без повреждения ее слизистой оболочки (шнееровской мембраны). В подобной ситуации при доказанной «имплантогенной» природе верхнечелюстного синусита, возможно 2 варианта лечебной тактики. Ликвидировать осложнение можно либо после удаления имплантата и тщательной хирургической обработки ранее сформированного ложа внутрикостного протеза, либо провести частичное вывинчивание имплантата на фоне антибактериального, противовоспалительного и физиотерапевтического лечения синусита, что должно привести к ликвидации воспаления и сохранения стабильности внутрикостной конструкции. В случаях перфорации пазухи с повреждением слизистой оболочки, выведением дентального имплантата в верхнечелюстной синус, удаление имплантата является обязательным. После санации очага инфекции возможно повторное введение внутрикостного имплантата увеличенного диаметра. В ряде случаев, когда наблюдается эффект «проваливания» в пазуху во время операции, если синусовая мембрана не повреждена, носовая проба может быть отрицательной. В данном случае имеет место нарушение целостности костной составляющей дна верхнечелюстной пазухи, которое требует оперативного закрытия «свежего» перфорационного отверстия с использованием остеопластических материалов, в том числе биорезорбируемых мембран, широко представленных на рынке (рис. 20).



Рис. 20. Остеопластические материалы: «Биальгин», «Остеопласт», «Коллост», «Гидроксиапол»

Использование остеорепаративных средств можно сочетать с лоскутной пластикой перфорационного отверстия с помощью формирования щечного или небного лоскута. В любом случае особое значение приобретает герметичное восстановление естественной границы между полостью рта и верхнечелюстной пазухи. Следует рационально подбирать размер биорезорбируемой мембраны таким образом, чтобы она перекрывала перфорационное отверстие на 2-3 мм, а края слизистых лоскутов полностью закрывали саму мембрану. В послеоперационном периоде необходимо следить за целостностью швов, при необходимости проводить ревизию естественного соустья с использованием эндоскопической техники для контроля за восстановлением естественного сообщения верхнечелюстного синуса со средним носовым ходом полости носа, нормализацией мукоциллиарного клиренса и естественной вентиляции гайморовой пазухи.

О степени восстановления клиренса в полость носа в амбулаторных условиях можно следить с использованием сахаринового теста (рис. 21).

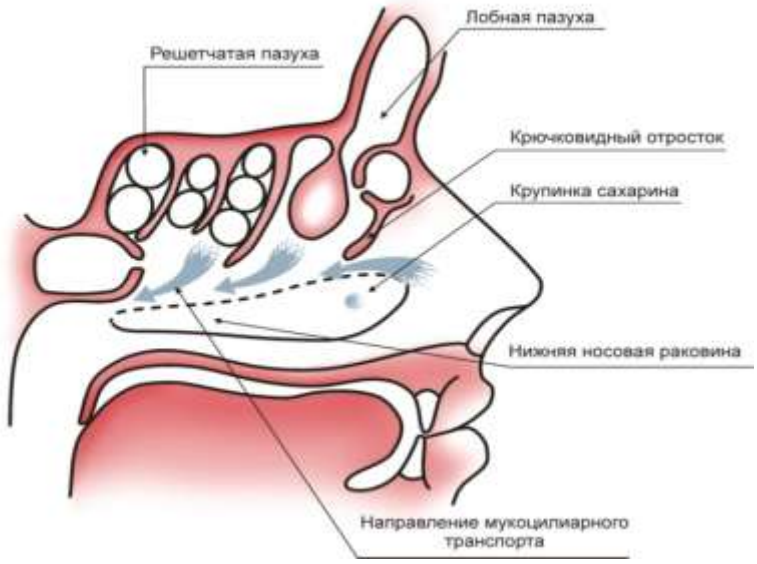


Рис. 21. Сахариновый тест

Данный тест весьма прост, информативен и не требует специального оборудования, вместе с этим, он позволяет достаточно точно установить время и характер мукоцилиарного транспорта.

Эффективным способом профилактики подобного рода осложнения является подробное предоперационное рентгенологическое исследование, включая использование радиовизиографического исследования, а также рентгенологический контроль на всех этапах операции дентальной имплантации.

Для безошибочной дополнительной диагностики необходимо использование компьютерной томографии, позволяющей более детально изучить строение обеих верхнечелюстных пазух, характер повреждения их стенок, плотность видимых образований, установить точную локализацию имплантата по отношению к синусу. Необходимо отметить, что компьютерная томография на сегодняшний день занимает первостепенное место в диагностике осложнений дентальной имплантации, а также рассматривается как метод выбора при планировании оперативного вмешательства. На данном этапе развития отечественной медицины, в практику внедряется дентальная объемная томография, с программой планирования стоматологической имплантации, а также визуализацией

патологических изменений со стороны твердых тканей в масштабе 1:1, с возможным трехмерным конструированием отдельных анатомических образований, что незаменимо при планировании хирургического вмешательства для профилактики возможных осложнений. Поэтому оснащение региональных стоматологических учреждений различного типа собственности современным рентгенологическим оборудованием, безусловно, позволит снизить риск осложнений при дентальной имплантации и тем самым повысит уровень оказания данной стоматологической помощи.

При нарушении протокола выполнения дентальной имплантации на нижней челюсти возможно повреждение нижнеальвеолярного сосудисто-нервного пучка. Такие осложнения наблюдаются при ошибочном выборе размера и формы имплантата, а также недостаточно адекватной оценке имеющегося резерва костной ткани, граничащей с нижнечелюстным каналом. Как правило, наиболее часто речь идет о травме сосудисто-нервного пучка в области ментального отверстия, гораздо реже – в боковых отделах нижней челюсти. Такая особенность, прежде всего, связана с анатомией нижнечелюстного канала, которая была достаточно подробно изучена рядом авторов[237].

Известно, что в губчатом веществе тела проходит канал нижней челюсти (canalismandibulae), снабженный собственными стенками

[237]Аширов, К.А. Динамика свойств эмали постоянных зубов у детей различного возраста при применении фторсодержащих зубных паст / К.А. Аширов // Стоматология. - 2014. - № 2. - С. 15-17.; Боровский, Е.В. Распространенность и интенсивность кариеса зубов и болезней пародонта среди школьников различных регионов страны / Е.В. Боровский, Э.М. Кузьмина, С.А. Васина // Стоматология. - 2007. - № 5. - С. 82-85.; Ботвиньева, В.В. Взаимосвязь микрофлоры полости рта и факторов местного иммунитета у детей старшего возраста / В.В. Ботвиньева, Л.К. Катосова, И.П. Брозгунов [и др.] // Здоровый ребенок: сб. науч. тр. - М., 2009. - С. 48.; Вилова, А.В. Эпидемиологическая заболеваемость зубов кариесом у коренного и пришлого населения Архангельской области / А.В. Вилова, В.П. Зеновский // Современные проблемы стоматологии: сб. науч. тр. / Новосиб. мед.ин-т. - Новосибирск, 2009. - С. 130-131.; Виноградова, Т.Ф. Педиатру о стоматологических заболеваниях у детей / Т.Ф. Виноградова // Л.: Медицина, 2012. - 160с.; Гаража, Н.Н. О влиянии кисловодского Нарзана на частоту и интенсивность кариеса зубов и состояние пародонта / Н.Н. Гаража, И.М. Флейшмахер // Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 33-36.; Дахкильгов, М. У.-Г. Эпидемиологическое исследование распространённости и интенсивности заболеваний зубов и пародонта у населения республики Ингушетия, определение потребности в стоматологической помощи / М.У-Г. Дахкильгов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2011. - 24 с.

(pariesalveolaris, pariesbasilaris, pariesbuccalis, parieslingualis), в котором располагаются нижнечелюстные сосуды и нервы. Канал начинается нижнечелюстным отверстием (foramenmandibulae)на внутренней поверхности ветви и заканчивается подбородочным отверстием (foramenmentale) на наружной поверхности тела челюсти. Он имеет дугообразное направление с выпуклостью, обращенной книзу. Проходя в теле нижней челюсти от нижнечелюстного до ментального отверстия, канал изгибается S-образно. При этом он имеет дополнительные ответвления с отверстиями на теле челюсти и в ретромолярной области, содержащие нервно-сосудистые пучки. Нижнечелюстной канал может иметь следующие формы – от одного магистрального канала, до 2-4 дополнительных, идущих параллельно основному и (или) заканчивающихся слепо.

Проходя между альвеолярной частью и основанием тела нижней челюсти, нижнечелюстной канал располагается практически посередине между ними, максимально опускаясь к нижней части челюсти в районе М(2)/М(1), затем разворачиваясь на 25-30° в сторону щечной кортикальной пластинки в М(1)/П(2), а в районе П(2)/П(1) резко поворачивая на 45-60° кверху, где, делая один из 3 типов изгибов (до 90°; 90-120° и без четко выраженного угла поворота, с постепенным отклонением в латеральном направлении), выходит из ментального отверстия (рис. 22).

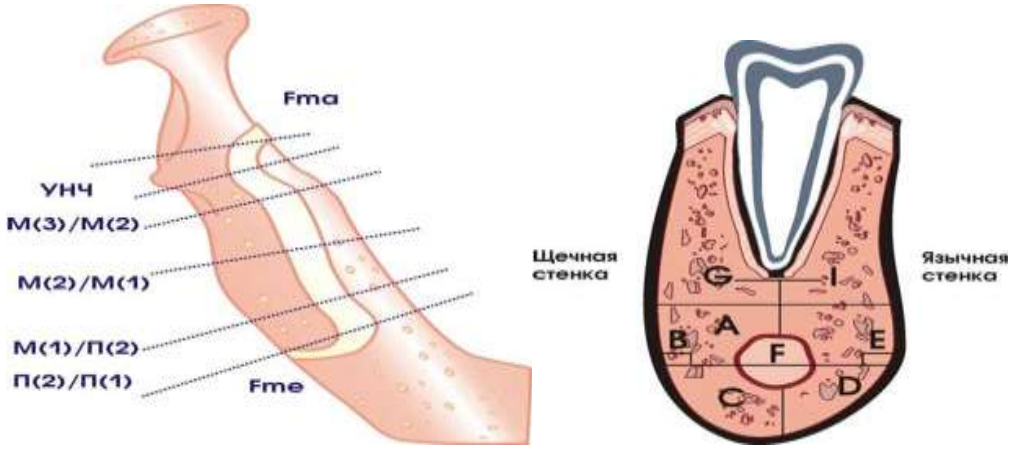


Рис. 22. Линии условных границ половины нижней челюсти по семи индексным точкам (Fme, Fma – ментальное и нижнечелюстное отверстие, УНЧ - угол нижней челюсти, П1, П2, М1, М2, М3 - предполагаемая проекция

моляров и премоляров). Справа - отношение различных анатомических структур нижней челюсти к нижнечелюстному каналу

От магистрального канала или каналов отходят небольшие канальцы. Они заканчиваются у верхушек альвеол и служат для прохождения сосудов и нервов к корням зубов. В районе подбородочного отверстия канал нижней челюсти продолжается в виде особого небольшого канальца вплоть до срединной линии нижней челюсти и отдает на этом протяжении боковые ответвления к дну альвеол передних зубов. Иногда этот каналец отсутствует, в этих случаях, сосуды и нервы проходят произвольно прямо в толще губчатого вещества подбородочного отдела нижней челюсти. В области больших коренных зубов канал расположен ближе к внутренней компактной пластинке, а в области премоляров – в большей степени прилежит к наружной компактной пластинке. Положение канала по отношению к язычной и губной (щечной) стенкам различно: канал может смещаться в ту или в другую сторону. В некоторых случаях губчатое вещество между внутренней и наружной компактными пластинками тела нижней челюсти на уровне канала вовсе отсутствует, а его стенки касаются их непосредственно (рис. 23).

Стенки, формирующие нижнечелюстной канал и отделяющие его от губчатой кости, представляют собой компактное костное вещество, их толщина на всем протяжении канала от нижнечелюстного до подбородочного отверстия, достаточно стабильна в возрастном аспекте, как у мужчин, так и у женщин.

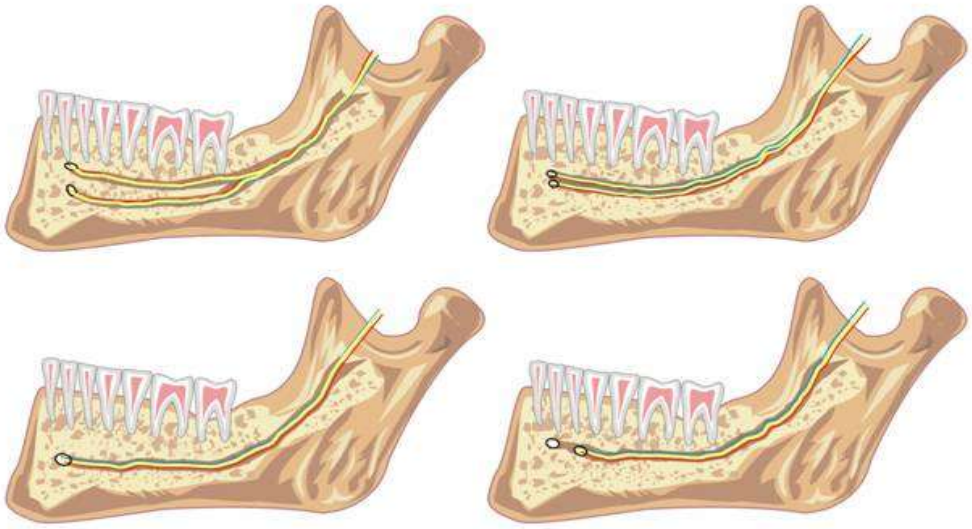
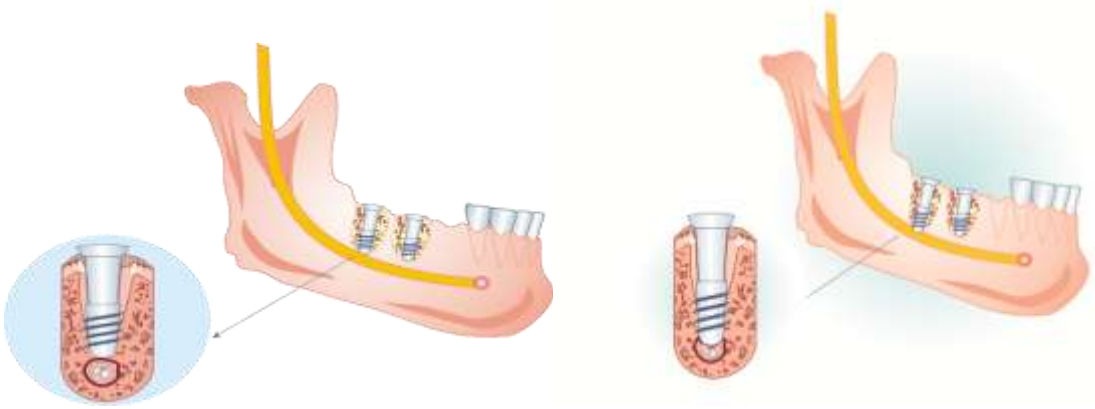


Рис. 23. Схема различных вариантов расположения нижнечелюстного канала в теле нижней челюсти

Основываясь на этих данных, следует отметить, что возможность травмы нижнеальвеолярного сосудисто-нервного пучка при выполнении операции дентальной имплантации наиболее вероятна в тех случаях, когда оперативное вмешательство проводится без учета возрастных и индивидуальных особенностей строения нижнечелюстного канала, а также использования неадекватных по длине и форме дентальных имплантатов (рис. 24).



а *б*

Рис. 24. Схема оперативного вмешательства на нижней челюсти с (а) правильным и неверным (б) подбором длины дентального имплантат

Оптимальным является визуализация и точное определение типа расположения нижнечелюстного канала в теле нижней челюсти с помощью

компьютерной томографии, в таком случае можно подобрать дентальный имплантат с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента (рис. 25).

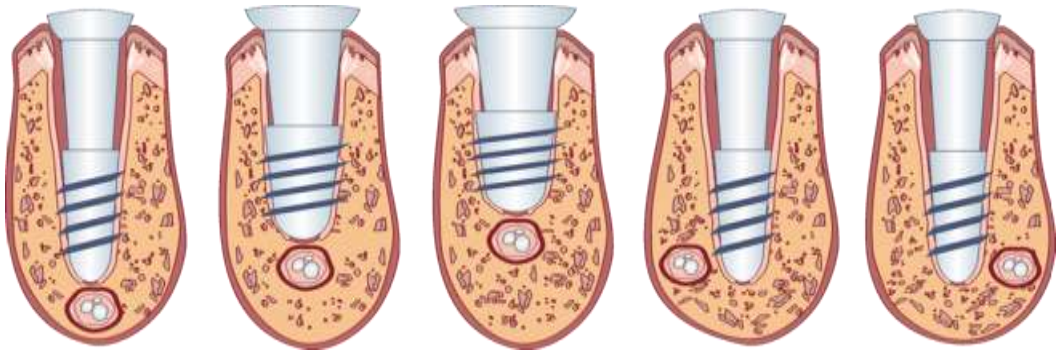


Рис. 25. Схема возможного расположения дентальных имплантатов по отношению к нижнечелюстному каналу

В то же время, в ряде случаев при недостаточно точной предоперационной диагностике перфорация стенок нижнечелюстного канала может проходить вначале бессимптомно, лишь по прошествии определенного количества времени проявляться в виде нарастающей боли в области нижней челюсти и парестезии соответствующих зон кожи лица.

Однако, как показывает опыт, в большинстве случаев при повреждении стенок нижнечелюстного канала дентальным имплантатом, а также в случае его попадания внутрь канала, клинические проявления неврита нижнего альвеолярного нерва обнаруживаются сразу (рис. 26-28).

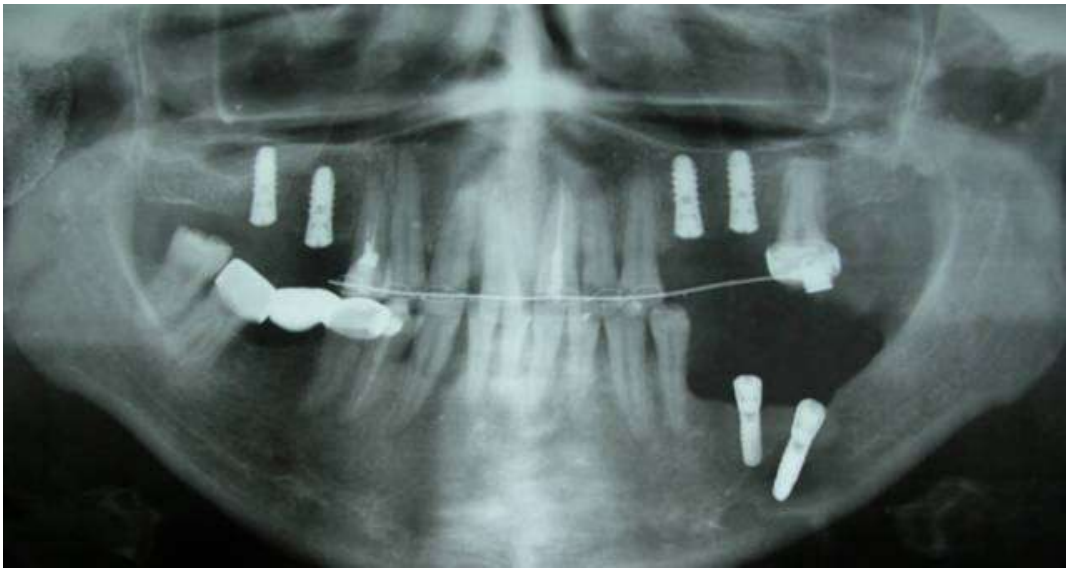


Рис. 26. Отпечаток рентгенограммы больной П. Дентальный имплантат в области левого нижнечелюстного канала

Как правило, подобного рода осложнения сопровождаются кровотечением и сильной болью. Болевой синдром даже в случае кратковременного давления имплантата на сосудисто-нервный пучок проявляется сразу, несмотря на вид (проводниковое или инфильтрационное) предварительно проведенного местного обезболивания зоны дентальной имплантации. Устранить резкую и острую боль можно путем проведения двухсторонней блокады нижних альвеолярных нервов за счет проведения двух мандибулярных анестезий на обеих сторонах нижней челюсти.

Далее необходимо срочное извлечение имплантата, остановка кровотечения, назначение местных анальгетиков, противовоспалительной терапии, а также ряд комплексных мер по купированию последствий нанесенной операционной травмы.



Рис. 27. Отпечаток рентгенограммы больной К. Дентальный имплантат в области правого нижнечелюстного канала

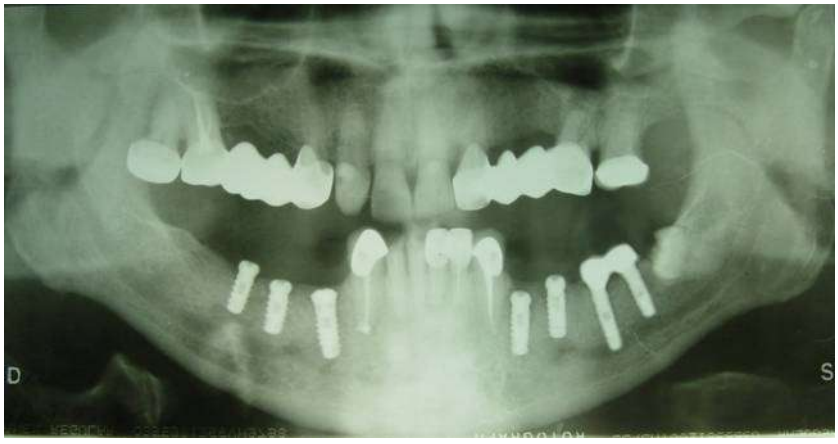


Рис. 28. Отпечаток рентгенограммы больной С. Дентальный имплантат в области левого нижнечелюстного канала

К числу таких мер относится восстановление периферического кровообращения в зоне травмы (локальная ГБО-терапия), физиотерапия (фонофорез гидрокортизоном, амплипульс-форез 2% никотиновой кислотой), витаминотерапия (витамин В12 – 500 мкг по 1 мл в/м №12, В1 – по 2 мл 5% раствора в/м №12),иглорефлексотерапия в локальных и региональных точках (точка 3- третий квадрат, посередине верхней горизонтальной линии, проведенной через мочку уха). Контроль эффективности проводимого лечения - изменения ЭОД пульпы соседних зубов, повышение электровозбудимости соответствующих зон кожи лица (область подбородка, угла рта, нижней губы и щеки). Послеоперационный контроль за возможным изменением электровозбудимости кожи лица в зонах, соответствующих области иннервации нижнего альвеолярного нерва, следует проводить в точках 1-4 (рис. 29). Исследование проводят в динамике весь период наблюдения с помощью портативных дигги-тестеров «Parkell», «Profi», ЭОМ-П, чувствительность кожи лица оценивают также с помощью сенсорных тестов (касание острым предметом, в литературе – «булавочный тест», тест-касание «птичьим пером» и т.д.).

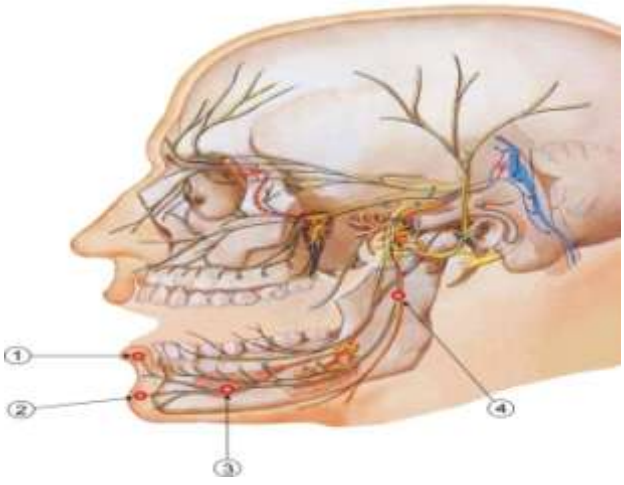


Рис. 29. Точки для измерения электровозбудимости кожи лица

По нашим наблюдениям, проведенные в кратчайшие после травмы сроки лечебные мероприятия должны быть направлены на снятие

гипоксического состояния тканей и восстановление периферического кровотока, нарушаемого как вследствие непосредственно повреждающего, так и компрессионного воздействия инородного тела (дентального имплантата, инструмента, фрезы).

Контроль за восстановлением электровозбудимости пульпы интактных зубов на стороне оперативного вмешательства также может проводиться с использованием аппаратов ЭОД. По имеющимся данным, электрочувствительность моляров при адекватной терапии будет восстанавливаться быстрее, чем у премоляров, клыка и резцов, в основном за счет наличия анастомозов с другими нервными и кровеносными сосудами. В частности, в восстановлении чувствительности первого моляра могут участвовать задние верхние луночковые ветви (rr. alveolaressup. post.) верхнечелюстного нерва, второго и третьего моляра – ветви щечного (через анастомоз с ветвью лицевого нерва и с ушным узлом), язычного (через gangl. submandibulare и sublinguale), лицевого нервов (через gang. oticum).

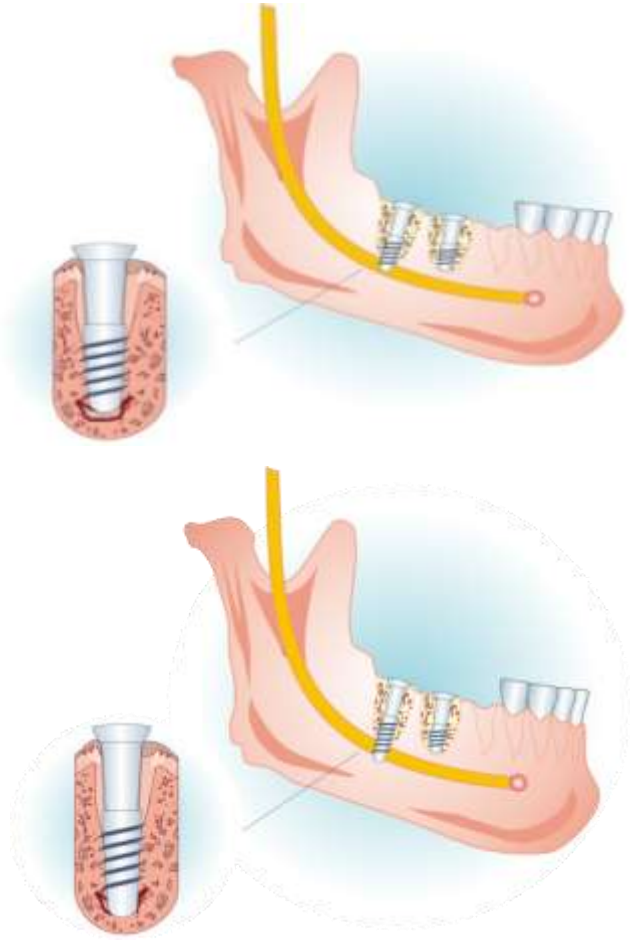


Рис. 30. Схема частичного сдавления (а) и полного размножжения (б) нижнеальвеолярного сосудисто-нервного пучка дентальным имплантатом

Профилактика данного вида осложнений должна основываться на использовании в работе врача шаблонов и маркеров[238] для точного пересчета параметрических данных об объеме костной ткани в прилежащих к нижнечелюстному каналу отделах нижней челюсти, полученных на рентгенограмме с учетом искажения, полученного при выполнении рентгенографического исследования. Кроме этого, в случае значительной атрофии альвеолярной части нижней челюсти, необходимо использование дополнительных методов исследования, включая компьютерную томографию, позволяющую достаточно точно установить анатомо-топографическое состояние зоны предстоящей имплантации.

Таким образом, сегодня не вызывает сомнений тот факт, что метод лечения адентии при помощи дентальной имплантации является одним из наиболее прогрессивных и перспективных. Вместе с тем, по имеющимся литературным данным, метод дентальной имплантации все еще сопряжен с высоким риском развития осложнений на каждом из своих этапов. Особенно остро стоит вопрос о ранней диагностике и профилактике осложнений на самом первом, хирургическом этапе дентальной имплантации. Зачастую неумелые действия врача-стоматолога, слабые знания анатомии челюстно-лицевой области, пренебрежение необходимым полноценным рентгенологическим исследованием способны нивелировать любой результат, достигнутый с использованием самых передовых технологий и материалов.

В настоящее время расширить границы возможностей имплантологической помощи без анализа и систематизации данных о врачебных ошибках на региональном уровне при выполнении дентальной

[238]Алимский, А.В. Перспективы развития стоматологической службы в Российской Федерации / А.В. Алимский // Стоматология для всех. - 2004. - № 2. - С. 38-42.

имплантации, разработки рабочей классификации основных осложнений, возникающих в до- и послеоперационном периодах практически невозможно.

Вместе с тем, профилактика осложнений при хирургических вмешательствах, способная оптимизировать течение остеоинтегративных процессов после дентальной имплантации, также остается одной из основных при лечении адентии с использованием имплантатов.

4.3. Организация диспансеризации и реабилитации пациентов после дентальной имплантации и профилактика периимплантита в раннем дофункциональном периоде

Стоматологическая имплантология в последние годы активно развивается - технологии дентальной имплантологии сегодня широко применяют при лечении пациентов с полной или частичной потерей зубов как за рубежом, так и в России. Операция дентальной имплантации стала частью обыденной жизни многих стоматологических клиник, причем это уже не удел специализированных организаций, а рутинные мероприятия и тех учреждений, которые оказывают комплексную стоматологическую помощь[239]. В настоящее время дентальные имплантаты используют практически; во всех регионах России[240]. Если в 2001 году во всём Ставропольском крае насчитывалось не более 20 клиник, занимающихся

[239]Авраамова, О.Г. Процессы реминерализации и проницаемости эмали зубов при гигиене полости рта / О.Г. Авраамова // V съезд Стоматологической Ассоциации России: науч. тр. - М. - 2009. - С. 39-40.; Авраамова, О.Г. Использование фторидсодержащих зубных паст в системе профилактики основных стоматологических заболеваний у детей (Планирование и эффективность) / О.Г. Авраамова // Дис. … докт. мед.наук. - М., 2005. - 252 с.; Алимский, А.В. Географические закономерности распространенности кариеса зубов / А.В. Алимский // Организация стоматологической помощи и вопросы ортопедической стоматологии: тезисы Всесоюз. съезда стоматологов. - М., 1987. - Т. I. - С. 4-5.

[240]Авраамова, О.Г. Процессы реминерализации и проницаемости эмали зубов при гигиене полости рта / О.Г. Авраамова // V съезд Стоматологической Ассоциации России: науч. тр. - М. - 2009. - С. 39-40.; Алимский, А.В. Географические закономерности распространенности кариеса зубов / А.В. Алимский // Организация стоматологической помощи и вопросы ортопедической стоматологии: тезисы Всесоюз. съезда стоматологов. - М., 1987. - Т. I. - С. 4-5.; Алимский, А.В. Стоматологическая помощь детям в регионах с различным содержанием фтора в питьевой воде / А.В. Алимский, Р.К. Алиева // Стоматология для всех. - 2009. - № 6. - С. 44-45.

дентальной имплантацией, то уже в 2013 году их число только в самом краевом центре - г. Ставрополе, составило свыше 50. Многочисленность контингента больных, нуждающихся в ортопедическом лечении, указывает на необходимость совершенствования этого раздела стоматологической помощи. Особенно актуально использование дентальной имплантации, как наиболее прогрессивного метода устранения дефектов зубных рядов, поскольку во многих случаях применение дентальных имплантатов является единственной возможностью качественного протезирования[241].

Сегодня многие клиники страны, как государственные, так и частные, в своей деятельности применяют метод дентальной имплантации, тем самым подчеркивая высокий уровень квалификации и современность используемых методов лечения[242]. Однако, неоправданное расширение показаний к применению метода дентальной имплантации, обусловленное недостатком знаний и опыта у врача, либо соображениями коммерческого характера, ведет к увеличению частоты осложнений и может дискредитировать метод дентальной имплантации как среди стоматологов, так и среди пациентов[243].

---

[241]Абрамова, Н.Е. Теория и практика, применения герметиков в сочетании с реминерализирующими составами при профилактике кариеса зубов у детей / Н.Е. Абрамова, В.А. Дрожжина, Ю.А. Федоров [и др.] // Новое в стоматологии (Спец. выпуск). - 2006. - № 4. - С. 25-40.; Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26.; Адмакин, О.И. Стоматологическая заболеваемость населения в различных климато-географических зонах России. // Дис. … канд. мед.наук. - М., ММСИ, 1999. - 210 с.; Альтернативные системы стоматологического обслуживания: доклад Комитета экспертов ВОЗ // Женева, 2008. - 62с.; Ахатова, Д.М. Эффективность оперативно-восстановительного лечения кариеса зубов у школьников / Д.М. Ахатова, Л.А. Марапова, З.Р. Сейдаметова // Профилактика, лечение кариеса и его осложнений у детей: сб. науч. тр. - Казан, мед.ин-т. - Казань, 2009. - Т. 72. - 169с.; Аширов, К.А. Динамика свойств эмали постоянных зубов у детей различного возраста при применении фторсодержащих зубных паст / К.А. Аширов // Стоматология. - 2014. - № 2. - С. 15-17.; Аширов, К.А. Динамика функциональных и клинических свойств эмали зубов при применении фторидсодержащей зубной пасты у детей / К.А. Аширов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2005. - 23 с.; Бажанов, Н.Н. Использование иммунологических показателей для оценки тяжести течения пародонтита и эффективности лечения / Н.Н. Бажанов, Г.П. Тер-Асатуров, В.Ю. Кассин [и др.] // Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 15-18.

[242]Авраамова, О.Г. Процессы реминерализации и проницаемости эмали зубов при гигиене полости рта / О.Г. Авраамова // V съезд Стоматологической Ассоциации России: науч. тр. - М. - 2009. - С. 39-40.; Алимский, А.В. Перспективы развития стоматологической службы в Российской Федерации / А.В. Алимский // Стоматология для всех. - 2004. - № 2. - С. 38-42.

[243]Авраамова, О.Г. Использование фторидсодержащих зубных паст в системе профилактики основных стоматологических заболеваний у детей (Планирование и эффективность) / О.Г. Авраамова // Дис. … докт. мед.наук. - М., 2005. - 252 с.; Алимский, А.В. Географические

Совершенствование принципов организации имплантологической службы обусловлено внедрением метода дентальной имплантации в практику многих стоматологических учреждений различных форм собственности. Недооценка правильной организации этого сложного вида помощи приводит к отрицательным результатам лечения и снижению рейтинга учреждения. Сведения об эффективных моделях организации имплантологической помощи в стоматологических учреждениях в литературе практически отсутствуют. В опубликованных статьях об опыте работы с использованием дентальных имплантатов говорится в основном об эффективности применения той или иной имплантационной системы, проводится анализ статистических данных, описываются новые технологии, позволяющие расширить показания к использованию метода, анализируется эффективность применяемых ортопедических конструкций на имплантатах[244].

Вместе с этим, недостаточно подробно освящены вопросы организации диспансеризации больных после операции дентальной имплантации, методы ведения пациентов, профилактики и лечения послеоперационных осложнений. Поэтому, повышение эффективности **диспансеризации пациентов после дентальной имплантации и профилактика периимплантита в раннем дофункциональном периоде** позволит увеличить сроки функционирования протетических конструкций на дентальных имплантатах и закрепить полученный положительный результат.

На основании анализа деятельности крупных частных стоматологических клиник (КЧСК) с 2008 по 2014 гг. установлено, что в

закономерности распространенности кариеса зубов / А.В. Алимский // Организация стоматологической помощи и вопросы ортопедической стоматологии: тезисы Всесоюз. съезда стоматологов. - М., 1987. - Т. I. - С. 4-5.; Альтернативные системы стоматологического обслуживания: доклад Комитета экспертов ВОЗ // Женева, 2008. - 62с.; Алимский, А.В. Стоматологическая помощь детям в регионах с различным содержанием фтора в питьевой воде / А.В. Алимский, Р.К. Алиева // Стоматология для всех. - 2009. - № 6. - С. 44-45.

[244]Авраамова, О.Г. Процессы реминерализации и проницаемости эмали зубов при гигиене полости рта / О.Г. Авраамова // V съезд Стоматологической Ассоциации России: науч. тр. - М. - 2009. - С. 39-40.

отличие от гигиенической фазы лечения в послеоперационном и пост-ортопедическом периодах, о которой, в основном, говорится в научных источниках, этап диспансеризации в имплантологии включает в себя более широкое понятие. Это, прежде всего, комплекс профилактических и лечебных мероприятий, направленных на предупреждение, раннее выявление постимплантационных осложнений и их лечение.

При внедрении системы диспансеризации в изучаемых многофункциональных частных стоматологических учреждениях были определены следующие основные принципы ее организации:

- плановость, то есть установление последовательности и оптимальных сроков проведения организационных, лечебно-профилактических и санитарно- гигиенических мероприятий;
- комплексность - направленность лечебных мер не только на ликвидацию локального процесса (мукозита и периимплантита), но и на общее оздоровление полости рта с привлечением стоматологов всех специальностей, а при необходимости и врачей общего профиля;
- преемственность врачей в поэтапном, динамическом наблюдении пациента, а также при необходимости проведение лечебно-профилактических процедур.

Важное значение имеет выбор главного звена из общего комплекса лечебно-профилактических мероприятий. При этом особое внимание было уделено тем мероприятиям, которые при данной клинической ситуации в полости рта стали решающими. Прежде всего, это гигиенические мероприятия, хирургическая коррекция десны или мягких тканей, коррекция протетических конструкций.

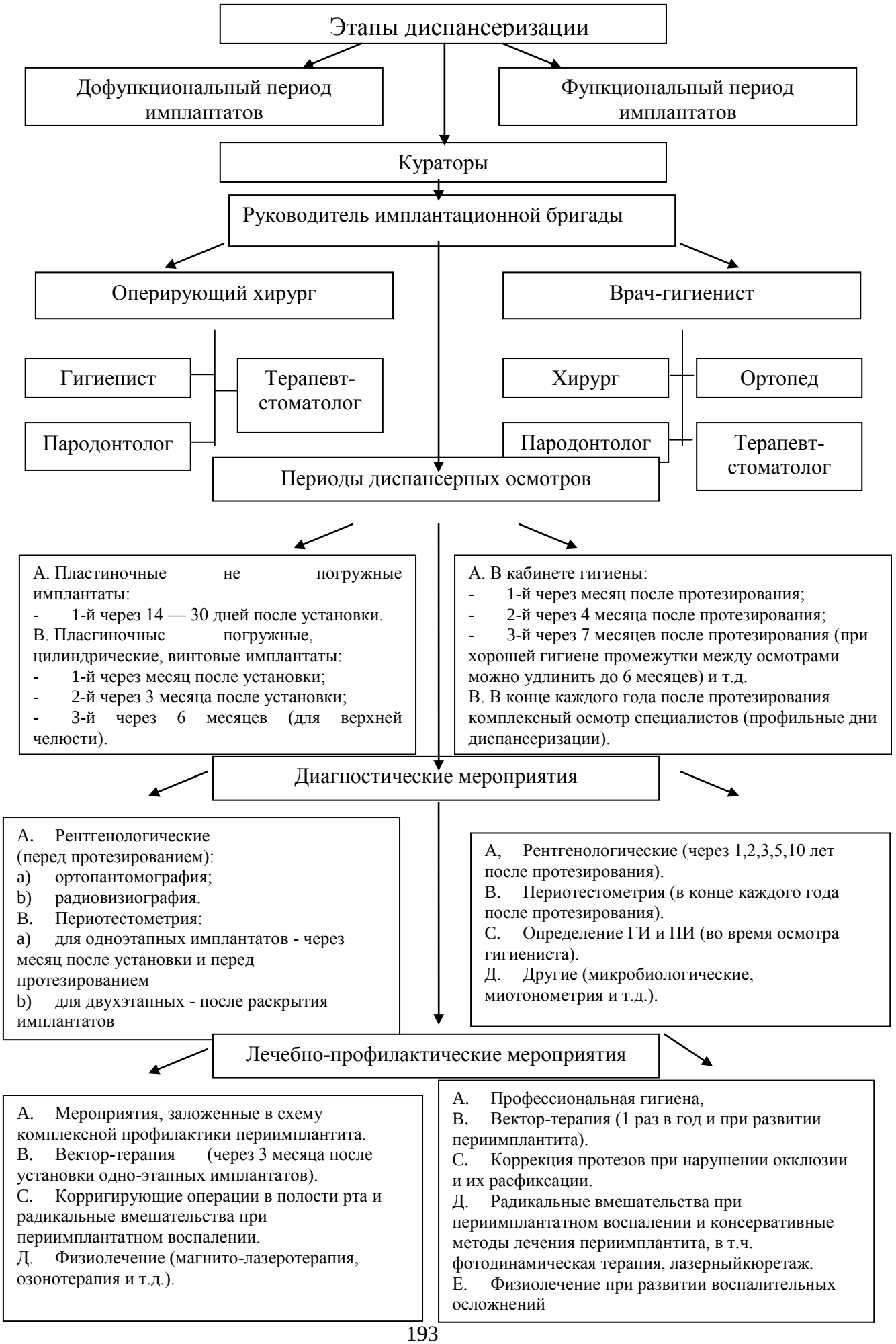
Необходимо отметить, что дифференцированный подход к назначению оздоровительных мер с учетом анатомо-топографических и функциональных особенностей зубочелюстной системы, вида адентии, способа протезирования на дентальных имплантатах, уровня состояния гигиены полости рта имеет особое значение.

При подробном анализе неблагоприятных исходов дентальной имплантации выявлено, что чаще всего причиной послеоперационных осложнений, таких как периимплантит, является отсутствие единого комплекса профилактических мероприятий включающих в себя прогнозирование, предупреждение и лечение возможных осложнений. В связи с этим, в исследуемых многопрофильных частных стоматологических клиниках внедрена схема комплексной профилактики, позволяющая снизить частоту послеоперационных осложнений и повысить эффективность стоматологической имплантации. Следовать данному алгоритму необходимо в раннем дофункциональном периоде диспансеризации.

Для предупреждения развития осложнений, возникающих после проведения дентальной имплантации, предложен комплекс профилактических мероприятий, состоящих из нескольких этапов: профессиональная гигиена полости рта перед оперативным вмешательством; магнитолазеротерапия в послеоперационном периоде; назначение общей и местной лекарственной терапии после проведенной дентальной имплантации.

Исследованиями ряда авторов доказано, что сохранившиеся зубы и имплантаты требуют тщательного ухода и соблюдений правил гигиены, так как микрофлора полости рта, особенно патогенная, скапливающаяся на твердых тканях и в пародонтальных карманах, может приводить к инфицированию ложа имплантатов и возникновению осложнений. Поэтому каждому пациенту с дефектами зубных рядов перед имплантацией требуется проведение профессиональной гигиены, а иногда и соответствующее лечение заболеваний пародонта, с применением комплексной антибактериальной терапии.

Основные этапы диспансеризации имплантологических стоматологических больных, включающие все вышеперечисленные аспекты, приведены ниже.


Этапы диспансеризации
Дофункциональный период имплантатов
Функциональный период имплантатов
Кураторы
Руководитель имплантационной бригады
Оперирующий хирург
Врач-гигиенист
Гигиенист
Терапевт-стоматолог
Пародонтолог
Хирург
Ортопед
Пародонтолог
Терапевт-стоматолог
Периоды диспансерных осмотров
А. Пластиночные не погружные имплантаты:
- 1-й через 14 — 30 дней после установки.
В. Пласгиночныс погружные, цилиндрические, винтовые имплантаты:
- 1-й через месяц после установки;
- 2-й через 3 месяца после установки;
- 3-й через 6 месяцев (для верхней челюсти).
А. В кабинете гигиены:
- 1-й через месяц после протезирования;
- 2-й через 4 месяца после протезирования;
- 3-й через 7 месяцев после протезирования (при хорошей гигиене промежутки между осмотрами можно удлинить до 6 месяцев) и т.д.
В. В конце каждого года после протезирования комплексный осмотр специалистов (профильные дни диспансеризации).
Диагностические мероприятия
А. Рентгенологические (перед протезированием):
a) ортопантомография;
b) радиовизиография.
В. Периотестометрия:
a) для одноэтапных имплантатов - через месяц после установки и перед протезированием
b) для двухэтапных - после раскрытия имплантатов
А, Рентгенологические (через 1,2,3,5,10 лет после протезирования).
В. Периотестометрия (в конце каждого года после протезирования).
С. Определение ГИ и ПИ (во время осмотра гигиениста).
Д. Другие (микробиологические, миотонометрия и т.д.).
Лечебно-профилактические мероприятия
А. Мероприятия, заложенные в схему комплексной профилактики периимплантита.
В. Вектор-терапия (через 3 месяца после установки одно-этапных имплантатов).
С. Корригирующие операции в полости рта и радикальные вмешательства при периимплантатном воспалении.
Д. Физиолечение (магнито-лазеротерапия, озонотерапия и т.д.).
А. Профессиональная гигиена,
В. Вектор-терапия (1 раз в год и при развитии периимплантита).
С. Коррекция протезов при нарушении окклюзии и их расфиксации.
Д. Радикальные вмешательства при периимплантатном воспалении и консервативные методы лечения периимплантита, в т.ч. фотодинамическая терапия, лазерныйкюретаж.
Е. Физиолечение при развитии воспалительных осложнений

Мы проследили использование описанной модели в клинике ЧСЗ. Всем пациентам, которые обратились за имплантологической помощью в коммерческую стоматологическую клинику, проведено комплексное обследование, профессиональная гигиена полости рта (снятие зубных отложений) с последующей санацией.

За две недели до оперативных вмешательств пациентам назначали курс магнито-лазерной терапии с помощью аппарата «Оптодан». Область планируемой имплантации облучается на 1-м канале (экспозиция - 2 мин на поле, курс - 6-8 процедур, из которых первые 3-4 - ежедневно, остальные - через день). Магнитолазерная терапия (МЛТ) дает высокий профилактический и лечебный эффект при острых и хронических воспалительных процессах полости рта, челюстно-лицевой области с выраженными экссудативными явлениями и отеками в тканях, в том числе костной. В пред- и послеоперационном периоде назначали противовоспалительную терапию.

Дооперационная общая медикаментозная терапия включала использование профилактических доз антибактериальных средств: - «Амоксициллин/клавунат» за 30 мин до операции 1,0 г в/в.

При аллергии на пенициллины - «Рокситромицин» 150 мг внутрь за 30 мин до операции.

В качестве резерва применяли антибактериальные препараты - «Кларитромицинпо 500 мг в/м или в/в, за 30 мин до операции илиКлиндамицин600-900 мг в/в за 30 мин до операции.

Для профилактики вирусной инфекции использовали противовирусные и иммуномодулирующие средства - «Неовир» 2 мл 12,5% раствора в/м за 3 часа до операции или «Циклоферон» 2 мл 12,5% раствора в/м за 3 часа до операции.

После проведения дентальной имплантации назначали антибактериальные, иммунокоррегирующие, десенсибилизирующие средства, а так же лекарственные препараты и терапевтические мероприятия,

улучшающие окислительно-восстановительные процессы в тканях нижней и верхней челюсти по следующим схемам - «Амоксициллин/клавунат» 625 мг 3 раза в сутки в течение 6 дней; - «Неовир» по 2 мл в/м через день в течение 10 суток; - «Ацикловир» по 0,4 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней; - «Цетрин» по 0,2 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней.

При аллергии на пенициллины - «Кларитромицин» по 500 мг 2 раза в сутки 6 дней; «Неовир» по 2 мл в/м через день в течение 10 суток; «Ацикловир» по 0,4 мг 2 раза в сутки в течение 7 суток.

При необходимости, в случаях появления герпетических высыпаний - назначали аппликации «Реаферона» - №10-12.

При индивидуальной непереносимости - «Клиндамицин» - по 500 мг 3 раза в сутки в течение 6 дней; «Циклоферон» по 2 мл 12,5% раствора вводить в/м по схеме: на 1,2,4,6,8,11,14,17,20, 23,26 и 29 сутки; «Цетрин» по 0,2 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней.

При непереносимости бета-лактамов применяли макролиды: «Азитрокс» или «Азитромицин» по 500 мг 3 раза в сутки в течение 6 дней;
Для снижения активности медиаторов воспаления после выполнения объемных оперативных вмешательств, назначали гипосенсибилизирующую терапию: «Телфаст» или «Кларитин» по 1 таблетке в сутки в течение 7 дней.

При сопутствующей соматической патологии (заболевания желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата) добавляли гомеопатическое лечение - таблетки «Траумель-С» сублингвально (по 1 таблетке 3 раза в сутки). Этот препарат содержит в своем составе средства растительного и минерального происхождения, оказывает антиэкссудативное, противовоспалительное, болеутоляющее, гемостатическое действие, улучшает процессы микроциркуляции, повышает иммунную активность, стимулирует процессы регенерации.

Для оценки выраженности болевого синдрома пациентам предлагали оценивать результаты лечения через 1-7 дней после хирургического вмешательства. С этой целью была составлена шкала субъективной оценки

результатов лечения, основными параметрами которой явились жалобы, предъявляемые пациентами в послеоперационный период:

- интенсивность боли в области вмешательства (1-3 дня);
- интенсивность боли в области вмешательства (4-7 дней);
- отек в области установленных имплантатов (1-3 дня);
- отек в области установленных имплантатов(4-7 дней).

Каждую жалобу градуировали по пяти пунктам:

- отсутствие жалоб - 0 баллов;
- слабовыраженная боль- 1 балл;
- умеренно выраженная боль- 2 балла;
- выраженная боль- 3 балла;
- крайне выраженная (боль - до нестерпимой) -4 балла.

Параллельно с назначением общей медикаментозной терапии в схеме комплексной профилактики периимплантита применяли и местные антисептические, противомикробные, иммунотропные и кератопластические средства.

Ввиду того, что чистка зубов после дентальной имплантации ограничена из-за наличия послеоперационной раны, пациенту для антисептической обработки полости рта назначали полоскания растворами: 0,06% раствор хлоргексидина биглюконата, «Корсодил» или «Элюдрил» (3 раза в день по 1-2 минуты в течение 7 дней и аппликации геля «Метрогилдента», содержащего в своем составе метронидазол и хлоргексидин - 2 раза в день по 15 мин в течение 3 - 5 суток.

После аппликаций использовали саморассасывающиеся под действием слюны в течение 2 - 3 часов адгезивные пленки «Диплен-дента Л», пропитанные линкомицином, которые осуществляли активное и избирательное воздействие лечебного фактора, и создавали в полости рта дополнительную концентрацию антибиотика, необходимую для подавления роста патогенной микрофлоры.

Через 5-7 суток после операции с целью оптимизации репаративных процессов, роста и созревания грануляционной ткани на область хирургического вмешательства назначали аппликации «Солкосерил-дентальной адгезивной мази» 2 - 3 раза в день в течение 5 - 7 дней. Действие мази основано на способности активизировать фибринолизин, повышать энергообмен в тканях и уменьшать отечность.

После отмены местного лечения (через 8 - 10 дней после операции) для нормализации состава микрофлоры полости рта и повышения местного иммунитета назначали «Имудон» (по 6-8 таблеток в день до полного рассасывания в полости рта в течение трех недель). После дентальной имплантации курсы терапии данным препаратом рекомендовали проводить не менее 2-3 раз в год. Успех использования вышеприведенной схемы доказан тем, что при наблюдении пациентов, у которых она была применена, воспалительные осложнения в послеоперационном периоде в виде мукозита или периимплантита регистрировались в 4,2 ±0,3% случаев - против 9,8±3,4% (при $p<0,05$) при традиционных схемах ведения больных. При использовании приведенной выше схемы комплексной профилактики периимплантита снижался не только удельный вес воспалительных осложнений операции дентальной имплантации, но и улучшалось общее самочувствие пациентов, существенно повышалось качество их жизни.

При организации диспансеризации после дентальной имплантации и профилактики осложнений, на наш взгляд, необходимо выделить еще одно звено для полноценной реализации предложенной нами программы. Это касается тщательного ухода за протетическими конструкциями на дентальных имплантатах после проведенного дорогостоящего лечения, и соблюдения всех правил личной гигиены полости рта.

На сегодняшний день роль микробного фактора в развитии воспалительных процессов в окружающих тканях имплантата неоспорима. Основным инструментом для удаления зубного налета с поверхности зубов и ортопедических конструкций на дентальных имплантатах остается зубная

щетка. Поэтому врачи-стоматологи при проведении диспансерного наблюдения акцентировали внимание пациентов на правила индивидуальной гигиены, проводили тщательный инструктаж по технике чистке зубов и имплантатов, информировали о необходимых средствах интердентальной гигиены для проведения качественной гигиены полости рта и ортопедических конструкций на дентальных имплантатах.

Для достижения оптимального уровня гигиены полости рта и ортопедических конструкций на дентальных имплантатах больным рекомендовали использовать ультразвуковую зубную щетку или приобретать зубные щетки с индикацией степени износа щетины.

При изменении формы и направления щетинок, потери кустистости необходимо менять зубную щетку независимо от степени осветления индикационных щетинок.

Если же пациент продолжал использовать мануальную зубную щетку, то врачом-стоматологом были даны следующие рекомендации: тщательно соблюдать технику и время чистки зубов, и протезных конструкций, а также применять мануальную зубную щетку средней степени жесткости не более 1 месяца.

Совершенствование клинических и организационных аспектов дентальной имплантации, соблюдение метода диспансерного наблюдения, применение схемы комплексной профилактики воспалительных осложнений, своевременная информированность пациентов о правилах и технике проведения индивидуальной гигиены полости рта, о необходимых средствах индивидуальной интердентальной гигиены полости рта и ортопедических конструкций на дентальных имплантатах, позволили снизить удельный вес перимплантита на 15,6% и сократить сроки полной реабилитации пациентов.

ГЛАВА 5. КОМПЛЕМЕНТАРНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ РИСКОВ В ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ

5.1. Контроль и оценка качества оказания комплексной стоматологической и имплантологической помощи на институциональном уровне

Субъектом-предоставителем стоматологических и, в том числе, имплантологических услуг, как мы уже указывали в главе 3 данной работы, являются медицинские учреждения. Они представляют институциональный уровень системы медицинской помощи. Системообразующим фактором стабильности данного уровня является качество предоставляемых услуг[245].

Проблеме обеспечения качества оказываемой стоматологической и имплантологической помощи сегодня придается большое значение. В условиях системы медицинского страхования значительно возрастают требования к контролю за качеством стоматологического лечения, дентальной имплантации и последующего зубопротезирования населения. В связи с этим, в лечебных учреждениях возникла необходимость активизировать работу по созданию формализованной системы организации, управления и контроля качества, а также определение правового статуса работы экспертных комиссий лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

Наиболее объективной на наш взгляд, является оценка качества стоматологической и имплантологической помощи «по конечному результату». Критериями, в наибольшей степени отвечающими требованию объективности, выступают динамика клинических показателей и удовлетворительность пациентов. Для определения объективной

[245] Седова Н.Н. Правовые основы биоэтики. М.: Изд-во «Триумф».- 2004. – СЮ 174 – 185.

информации о состоянии контроля качества стоматологической и имплантологической помощи возможно использование разработанной нами «Анкеты по оценке контроля качества стоматологического, имплантологического лечения и зубопротезирования».199 - 200

Качество оказываемого лечения, как объект оценки, представляет собой конечный продукт взаимодействия врача и больного.

Согласно принятым в нашей стране нормам, контроль качества стоматологической помощи делится на ведомственный и вневедомственный в соответствии с Законом о медицинском страховании граждан РФ (в начальной редакции от 1991 г., в новой редакции от 2011 г.)

К ведомственному относится последовательная структура контроля: врач (самоконтроль), заведующий структурным подразделением, заместитель главного врача по лечебной работе, главный врач, клинико-экспертная комиссия ЛПУ, отдел здравоохранения, общественная организация (стоматологическая ассоциация).

К вневедомственному контролю относится: больной, эксперт территориального фонда ОМС, экспертный совет территориального фонда ОМС, лицензионно-аккредитационная комиссия, суд.

При организации проведения контроля и оценки качества стоматологической и имплантологической помощи определяются следующие задачи: уровень квалификации врачей, этические и деонтологические нормы поведения сотрудников, объективность оценки административных решений, степень рационального расходования и использования ресурсов, обоснованность затрат на услугу, эффективность использования стандартов и технологий, степень влияния контролирующих структур на уровень качества стоматологических услуг.

В следующей части работы проводится анализ системы организации контроля качества оказываемых стоматологических услуг на региональном уровне на примере работы стоматологической поликлиники районного уровня субъекта Российской Федерации.

Регистратура. Регистратура является первичным звеном при организации работы стоматологической поликлиники или стоматологического отделения. Ее работа заключается в том, чтобы эффективно обработать поток входящих обращений пациентов, достигнув конечного результата - посещения пациентом врача-стоматолога.

Работники регистратуры обеспечивают: сбор данных о пациенте и отвечают за достоверность представленной информации, равномерно регулируют поток больных в целях минимизации простоев врачей, оформляют паспортные данные пациентов в амбулаторных картах, подтверждают повторные визиты пациентов, осуществляют вызовы на профилактические осмотры, работают с базой данных о пациентах в целях организации полноценной работы лечебного учреждения, осуществляют предварительную запись больных к врачам и вызовы на дом, обеспечивают сохранность амбулаторных карт и других документов, своевременно вносят все изменения о пациентах в раздел паспортных данных (адрес места жительства, номер страхового полиса, срок его действия и другие сведения).

Значение первичной медицинской документации при оценке качества оказания стоматологической помощи пациентам. Согласно действующему приказу МЗ СССР от 4 октября 1980 года №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» с последующими внесенными в него приказами МЗ России дополнениями и изменениями, на каждого пациента, обратившегося за стоматологической помощью, должна вестись «Медицинская карта стоматологического больного» форма № 043/у. Действующие нормативные акты предусматривают порядок ведения амбулаторной карты при обращении пациента и дальнейшего наблюдения за ним.

В амбулаторной карте должны быть отражены: зубная формула, состояние зубочелюстной системы, слизистой оболочки полости рта, десен, зубов и другие данные.

Наряду с этими данными врач должен сформировать клинический диагноз на основании патологических изменений в результате диагностического осмотра, выраженного в терминах, предусмотренных «Международной классификацией болезней» введенной в практическое здравоохранение Минздравом России с 1 января 1999 года, и составить план дальнейшей тактики лечения пациента.

По этим сведениям, внесенным в амбулаторную карту, можно судить о профессионализме врача и правильности принятия решения при лечении пациента.

Особое внимание необходимо уделять полноте описания патологического процесса, его степени выраженности и тяжести лечения, поскольку эти факторы определяют лечебную тактику. При этом врач должен руководствоваться общепринятыми медицинскими понятиями и терминами.

Так, при кариесе в амбулаторных картах не приводится его степень и глубина поражения, в то время как Международная классификация болезней обозначила эту нозологию в соответствующем разделе, отмечая отдельно кариозное поражение эмали (стадия мелового пятна), дентина, цемента, либо наличие приостановившегося кариеса. Такие же требования отнесены и к лечению пульпита, гингивита и других заболеваний.

При хирургических манипуляциях, когда пациенту на основании клинических показаний производится удаление (экстракция) зуба, в амбулаторной карте необходимо привести обоснование к проведению этого вида вмешательства, а также после его выполнения описать состояние после удаленного зуба, морфологические изменения (наличие гнойного и продут никого воспаления, гиперплазии, резорбции тканой и гак далее). Эти сведения могут нести нужную информацию о цитологическом состоянии, давности его возникновения, связи с медицинским вмешательством, что в конечном итоге позволит дать объективную оценку качества оказания стоматологической и имплантологической помощи.

Сбор анамнеза и планирование имплантологического лечения. Целями сбора анамнеза для планирования имплантологического лечения являются получение необходимой информации о пациенте и последующее проведение клинического обследования с использованием радиовизиографа и исследованием диагностических моделей. Это дает пациенту и врачу возможность принять правильное решение о лечении, учитывая имеющиеся клинические условия. Для врача важно определить место расположения имплантата, возможные варианты конструкции будущего протеза, а также косметический и функциональный результаты лечения.

Таким образом, после сбора анамнеза врач должен быть уверен в преимуществе лечения с применением имплантатов над альтернативными вариантами, например установкой мостовидного или традиционного съемного протеза.

Данные, на основании которых строится план лечения:

- общий анамнез и история данного заболевания;
- результаты осмотра полости рта;
- результаты рентгенологического исследования;
- заключение психиатра (если необходимо);
- диагностические модели, загипсованные в артикулятор;
- изучение пробных протезов/моделей с восковыми шаблонами;
- план, согласованный с хирургом и хирургический шаблон;
- обсуждение всех вопросов и согласие пациента с планом лечения;
- расписка пациента (Форма Информированного согласия).

Отсутствие последовательности в планировании лечения может привести к следующему:

- планируемая конструкция протеза не будет соответствовать расположению имплантатов;
- после неверно распланированного удаления зубов установленные имплантаты не смогут полностью взять на себя их функцию.

Как для врача, так и для пациента важно знать, что в ряде случаев возможна неудача остеоинтеграции и не всегда се можно предотвратить даже при правильно спланированном лечении.

Решение вопроса о наиболее целесообразном применении имплантатов должно приниматься на основании следующих факторов.

После первичной консультации и оценки конкретного случая врач уже может определить тех пациентов, которым показано лечение с применением имплантатов. Это может определяться степенью потери зубов, жалобами, причинами, по которым была выбрана установка имплантатов. Среди вопросов, которые должен рассматривать врач-стоматолог при планировании имплантологического лечения, должны быть следующие: есть ли у пациента удачный опыт ортопедического или терапевтического лечения? проинформирован ли пациент обо всех особенностях требуемого лечения?

Среди пациентов с полным отсутствием зубов па одной или обеих челюстях лечение с помощью имплантатов особенно показано следующим группам:

- молодым пациентам, которые не могут носить протезы;
- пациентам с сильной убылью костной ткани;
- пациентам, которым ношение протезов с эмоциональной точки зрения не подходит.

Непереносимость протеза может быть физической, когда прикосновение к своду нёба вызывает сильный рвотный рефлекс; психологической, когда пациенту невыносима сама мысль о ношении съемного протеза. В случаях физической непереносимости установка имплантатов является хорошим решением проблемы при условии, что ее можно провести в данной клинической ситуации. Однако иногда рвотный рефлекс у пациента развит настолько сильно, что даже установка имплантатов не представляется возможной.

Иногда резорбция альвеолярного гребня может быть так выражена, что даже хорошо изготовленный протез будет иметь плохую стабильность или вызывать постоянные болевые ощущения.

Обычно это наблюдается в случаях, когда нижняя челюсть полностью лишена зубов и атрофирована или когда протез на одной челюсти не имеет достаточной поддержки со стороны тканей полости рта, а его антагонистом является естественный зубной ряд с частичным отсутствием зубов.

Есть пациенты, которые психологически плохо переносят установку протезов, пусть даже качественно изготовленных. И хотя лечение с помощью имплантатов для многих из них является решением проблемы, есть и такие, которые ждут от врача чего-то невозможного. Такие пациенты перед лечением должны быть тщательно обследованы психиатром или психологом, так как тем, у кого наблюдаются такие состояния, как дисморфофобия (болезненный синдром, заключающийся в обостренном переживании индивидуумом своего физического несовершенства), вряд ли поможет лечение вообще, а установка имплантатов — особенно.

Пациенты с частичной адентией. Пациентов с частичной потерей зубов, которым может быть показана установка имплантатов, можно условно разделить на три группы:

- пациенты с аномалиями развития или травмой;
- пациенты со значительной потерей зубов в одном зубном ряду;
- пациенты, у которых потеря зубов сопровождается значительной потерей окружающих тканей.

К первой группе относятся пациенты с нарушениями развития зубов или травмами, для которых сохранение оставшихся здоровых зубов является очень важным. Как правило, эту группу составляют молодые пациенты, начиная с тех, у которых нарушено развитие одного или двух передних зубов, заканчивая теми, у кого постоянных зубов всего несколько, а альвеолярная кость развита слабо. Такие зубы обычно мелкие, конической формы, могут отсутствовать контакты с антагонистами. Проведение

имплантации возможно у пациентов с расщелиной нёба после проведения операции, курса ортодонтического лечения и подсадки костной ткани. К пациентам с травмами, как правило, относятся молодые пациенты, потерявшие один или два передних зуба в раннем подростковом возрасте, часто после неудачного эндодонтического лечения или установки коронки на штифте. Потеря значительного количества зубов вместе с костной тканью может быть результатом переломов в челюстно-лицевой области, полученных в автомобильной аварии. Наиболее подходящим решением о восстановлении такого дефекта будет изготовление несъемного протеза с опорой на имплантаты.

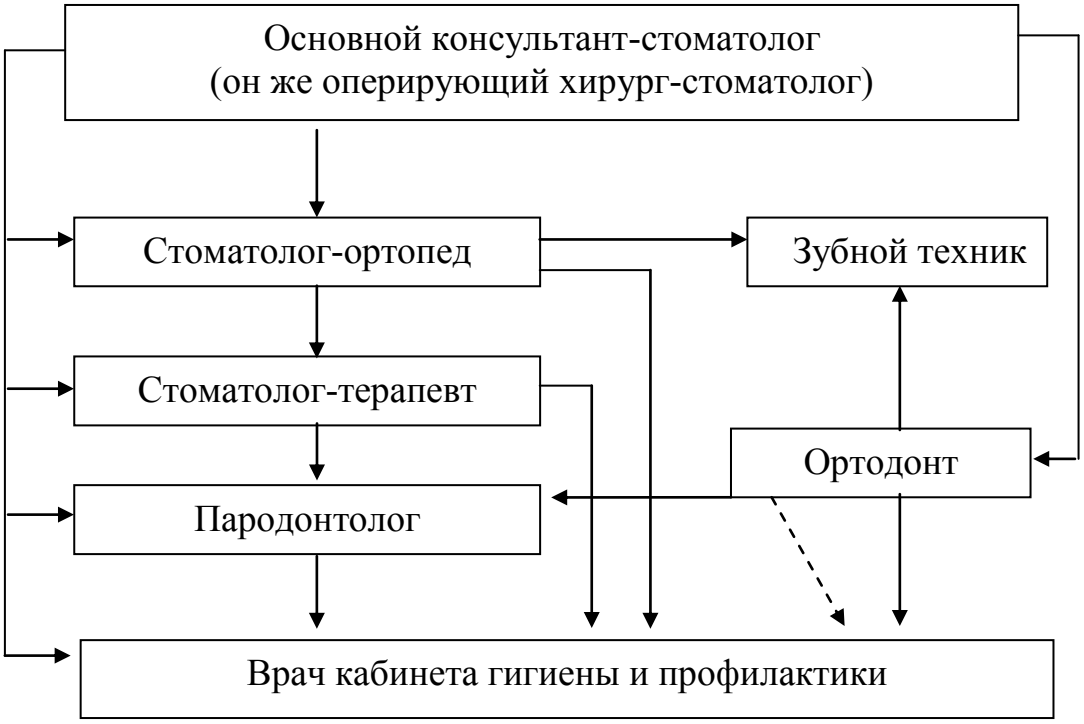
Вторая группа включает пациентов со стабильной окклюзией, дефектами одного зубного ряда значительной протяженности, когда альтернативные способы лечения неэффективны. К таким случаям относятся включенные дефекты зубного ряда, когда установить мостовидные протезы невозможно. Установка имплантатов также показана в случаях, когда имеются концевые дефекты, установка коротких консольных или частичных съемных протезов не является подходящим решением, а укороченный зубной ряд не может полно нести нагрузку и не отвечает эстетическим требованиям пациента.

Третью группу составляют пациенты с дефицитом тканей полости рта, возникшим по разным причинам, например, при пороках развития, после удаления опухолей или в результате значительных повреждений. Восстановление функций и внешнего вида возможно как с помощью несъемных, так и с помощью съемных протезов, где стабилизирующую функцию будут выполнять как имплантаты, так и само протезное ложе.

Специфические аспекты стоматологической и общемедицинской истории пациента, которые необходимы врачу.

Необходимо тщательно изучить соматический статус пациента. Как уже упоминалось ранее, есть ситуации, когда установка имплантатов может нанести вред здоровью или риск отторжения будет очень высок. Поэтому

очень важно помимо стандартного набора вопросов собрать о пациенте специальную информацию. Уровень взаимодействия врачей-стоматологов различной специализации при планировании имплантологического лечения должен быть следующим.



Проведение имплантации не показано лицам пожилого возраста, которые не способны перенести продолжительную операцию установки и многочисленные посещения врача, а также в силу различных причин не могут поддерживать необходимый уровень гигиены. Таких пациентов следует убедить в невозможности установки имплантатов в их случае. То же самое касается людей, страдающих от наркотической или алкогольной зависимости, тяжелой депрессии или каких-либо других психических расстройств. Пациентам с митральным стенозом, инфарктом, диабетом IIтипа, кровяной дискразией и иммунной патологией имплантация также противопоказана.

Низкий уровень успеха остеоинтеграции наблюдается у курильщиков и пациентов, проходивших курс лучевой терапии челюстно-лицевой области.

Оценку возможного риска возникновения осложнений, равно как и саму операцию, лучше проводить в специализированных центрах.

Противопоказания к проведению имплантации:

- Возраст пациента (пожилые с 65 до 74, старые с 75 до 94)
- Высокий риск, связанный с:
  - некомпенсированной формой сахарного диабета;
  - патологией иммунной системы;
  - кровяной дискразией;
  - нарушением сердечно-сосудистых функций;
- Алкоголизм или наркотическая зависимость;
- Психические нарушения (паранойя, дисморфофобия);
- Недавно проведенная лучевая терапия тканей челюстно-лицевой области.

С особой осторожностью следует принимать решение об изготовлении протезов или их замене на конструкции с опорой на имплантаты лицам с нейромышечными нарушениями (например, цереброспинальным параличом). Однако проведение оперативных вмешательств в таких случаях возможно, но нужно обеспечить хороший уровень гигиены полости рта.

При принятии решения следует наибольшее внимание уделить четырем аспектам, а именно:

- отношению пациента к проблеме;
- его информированности по поводу всех нюансов;
- его ожиданиям;
- наличию опыта протезирования.

Вызывают настороженность две крайности в отношении пациента к лечению. Первая — когда он надеется на полное восстановление всех функций полости рта в первоначальном виде. Маловероятно, что такое желание может быть удовлетворено, учитывая все ограничения, связанные с протезами на имплантатах. То же самое касается тех пациентов, которые имеют очень слабое представление о причинах развития стоматологических заболеваний и о собственной роли в их предотвращении, а следовательно, и о необходимых условиях для установки имплантатов. Такие пациенты будут плохо следить за установленными конструкциями и не станут обращаться к

врачу, пока ситуация не станет критической. Повышенного внимания требуют пациенты, которые заявляют о полученном ранее неудовлетворительном ортопедическом лечении (болевые ощущения от ношения протеза, быстрый выход из строя коронки или мостовидной конструкции). Для подтверждения обоснованности жалоб необходим тщательный осмотр, это поможет определить нуждаемость пациента в лечении другим методом или тем же, но на более высоком уровне.

Протезирование на имплантатах представителей некоторых профессий, особенно молодых людей, занимающихся контактными видами спорта, например, хоккеем, регби, футболом или водным поло, у которых риск получения травм челюстно-лицевой области особенно высок, разумно отложить до окончания сезона соревнований. Обратная ситуация с людьми публичных профессий, музыкантами, учителями, когда психологические моменты играют первостепенную роль. Здесь протезирование на имплантатах является хорошим решением, так как стабильность протеза и отсутствие видимых металлических деталей являются решающими в выборе конструкции.

На что необходимо обратить внимание при внешнем осмотре?

При внешнем осмотре очень важно отметить три аспекта: ширину открывания рта, соотношение челюстей и «эстетическую» зону улыбки. Ограниченное открывание рта может осложнить процесс лечения из-за неудобства доступа к рабочему полю.

Очень важное значение при улыбке имеет строение и функционирование губ. На степень обнажения зубных рядов и десен следует обращать внимание, когда пациент, находясь в расслабленном состоянии, просто разговаривает или смеется, удобно это делать в процессе записи истории болезни. У пациентов с полной адентией хотя бы на одной челюсти при сильной резорбции альвеолярного отростка будет видно, что необходимо изготавливать протез с искусственной альвеолярной частью для корректировки высоты прикуса и нормализации профиля лица. При короткой

нижней губе линия улыбки, как правило, высокая и будет открывать не только искусственные зубы, но и край базиса протеза. В таком случае стандартный абатмент не будет подходящим выбором, возможно, здесь лучше остановить свой выбор на съемном протезе с опорой на имплантаты, а не на несъемной конструкции

Наиболее критичной должна быть оценка пациента с частичной потерей зубов, так как длина коронки искусственного зуба и недостаток десны в области дефекта или прилежащих зубов может сильно повлиять как на выбор дизайна протеза, так и на внешний вид пациента.

Неподходящая длина, наклон или расположение имплантата, а также наличие темного пространства между краем десны и коронкой искусственного зуба должны быть исключены. Что касается недостатка костной ткани, то здесь требуется остеопластика.

Ненормальное строение губ, возникшее в результате предыдущих хирургических вмешательств или травмы, затрудняет доступ к рабочему полю и может привести к неверному определению границ протезного ложа. Случаи с пациентами, перенесшими операции по поводу расщелин губы и нёба или резекции нижней челюсти, требуют более детального рассмотрения.

Оценка качества стоматологической помощи детям. В условиях системы медицинского страхования значительно возрастают требования к контролю за качеством стоматологического лечения детей, основные критерии которых определены в приказе МЗ РФ и Федерального Фонда ОМС № 363/77 от 24.10.96 г. «О совершенствовании контроля качества медицинской помощи населению РФ». Экспертиза проводится по 3 направлениям:

- оценка качества помощи ребенку;
- оценка качества работы специалиста;
- оценка деятельности учреждения.

Каждое из них требует четких критериев, позволяющих унифицировать результаты проверок. Качество стоматологического лечения ребенка можно оценить лишь увидев его отдаленный результат.

Стоматологическая помощь детям, начиная с 3-х летнего возраста, оказывается, преимущественно, по поводу кариеса зубов и его осложнений - от 52 до 80% от общего объема работ.

Согласно приказу МЗ РФ, обязательному контролю и экспертизе подлежат случаи осложнений или повторного лечения по поводу одного и того же заболевания в течение гарантийного срока. Для детской терапевтической стоматологии к случаям осложнений относятся:

- возникновение пульпита, периодонтита, удаление зуба после ранее проведенного лечения кариеса зубов;
- повторное лечение, пломбирование кариозной полости одной и той же поверхности зуба;
- возникшее по вине врача осложнение, если ранее наложенная пломба требует замены;
- несоблюдение сроков гарантий качества пломбирования зубов (за гарантийный принят срок, в течение которого 95% пломб сохраняют свои основные свойства), возникновение вторичного кариеса независимо от локализации поражений и виду пломбировочного материала.

Осложнения по вине больного регистрируются, если в амбулаторной карте имеется запись о неявке, отказе от лечения, невыполнение рекомендаций врача, или это выявлено при опросе ребенка и его родственников.

При проведении контроля качества оказания стоматологической помощи детям учитываются различные параметры: правильность оформления амбулаторной карты, постановка диагноза и ведение больного, соответствие объема помощи стандартам и утвержденной программе профилактики, обоснованность госпитализации и сроков лечения, исход заболевания,

состояние зубов (наличие кариозных полостей, осложнений кариеса, пломб требующих замены и т.д.).

Результаты экспертизы качества стоматологической помощи детям оцениваются и по выявленным дефектам. Среди всех дефектов наиболее часто выявляются нарушения оформления документации, неудовлетворительное качество лечебной помощи детям и диагностики.

Таблица 28

Структура нарушений качества стоматологической помощи детям

№	Показатель	Доля случаев	%
1	Нарушения при оформлении документов		
2	Невыполнение объемов стандартов:		
	Обследования		
	Профилактики		
	Лечения		
3	Пропущенные (не устраненные) кариозные полости		
4	Вторичный кариес, дефекты пломб		
5	Выпадения пломб		
6	Осложнение кариеса		
7	Неудовлетворительное качество лечения (по решению эксперта)		
8	Причины нарушений: - ошибки диагностики; - ошибки при выборе метода лечения; - ошибки при выборе материалов и средств для лечения; - другие нарушения.		

К наиболее сложным задачам экспертизы качества относится оценка достаточности и необходимости объемов лечения детей, которые зависят от возраста и характера оказания помощи ребенку, а также от различной активности кариеса зубов. Для оценки эффективности работы по оказанию лечебно-профилактической помощи детям, можно использовать

унифицированный интегральный критерий, суммирующий отклонения от средних значений по методике Антипенко[246].

По этой методике положительные значения критерия характеризуют хороший уровень лечебно-профилактической помощи детям, отрицательные значения - недостаточный (таблицы 29, 30, 31).

Таблица 29

Расчет объема стоматологической помощи оказываемой в течение года детям при проведении санации полости рта (в поликлинике, детском отделении, школьном кабинете и т.д.)

Возраст ребенка (лет)	Степень активности кариеса	Количество детей	Число обращений в год M±m	Объем работ для 1 человека M±m
4-6	1	522	2,88±0,88	4,92±0,16
	2	207	4,53±0,12	9,49±0,38
	3	146	5,42±0,03	13,7±0,65
7-10	1	1202	2,23±0,04	4,38±0,09
	2	270	3,17±0,13	7,38±0,32
	3	205	4,07±0,19	10,2±0,44
11-14	1	793	1,66±0,04	3,55±0,19
	2	151	2,83±0,18	7,46±0,39
	3	119	3,89±0,25	11,4±0,63
15-17	1	538	1,76±0,09	4,13±0,15
	2	91	2,55±0,16	7,43±0,53
	3	90	4,27±0,31	13,2±1,03
Всего	1	3055	2,11±0.03	4,17±0,06
	2	719	3,41±0,09	8,02±0,19
	3	560	4,41±0.13	11,4±0,32

Таблица 29

Критерии оценки объемов работ при санации полости рта у детей

Объем работ в расчете на 1 ребенка, по УЕТ			
Степень активности кариеса	Нижний предел M-1б (УЕТ)	Среднее значение M (УЕТ)	Верхний предел M+1 б (УЕТ)
1	0,86* (1)	4,17* (4)	7,48* (7,5)

[246] Цит. по Аширов, К.А. Динамика функциональных и клинических свойств эмали зубов при применении фторидсодержащей зубной пасты у детей / К.А. Аширов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2005. - 23 с.

2	2,93* (3)	8,02* (8)	13,11* (13)
3	3,87* (4)	11,44* (11,5)	19,04* (19)

*Примечание: значения УЕТ можно округлять

Таблица 30

Коэффициенты корреляции интегрального критерия с другими показателями эффективности стоматологической помощи детям.

Показатель	Коэффициент корреляции, Р
Уровень стоматологической помощи (УСП)	0,6
Интенсивность кариеса постоянных зубов (КПУ)	-0,9
Числе детей с 3-ей степенью активности кариеса	-0,5
Количество осложнений кариеса в расчете на 1 тыс. обследованных детей	-0,6

Интегральный критерий объективно отражает качество лечебно-профилактической помощи детскому населению и может быть использован для оценки деятельности кабинетов, отделений и стоматологических поликлиник. Таким образом, применение объективных критериев для оценки качества стоматологической помощи детям позволяет осуществить главную цель экспертизы:

- контролировать работу врачей и учреждения;
- выявлять типичные недостатки, разрабатывать меры по их устранению для повышения качества лечения и профилактики заболеваний органов полости рта у детей.

Оценка качества стоматологической помощи на взрослом приеме. Наряду с решением организационных вопросов, основное внимание при оказании медицинской помощи врачи обязаны уделять качеству проведения лечебной работы.

Эффективность лечения кариеса зубов продолжает оставаться одной из важнейших проблем практической стоматологии.

Как при оказании стоматологической помощи детям, так и на взрослом приеме, врачи в своей работе должны руководствоваться медико-

экономическими стандартами (МЭС), при которых качество лечения пациентов определяется на этапах лечения, так и по конечному результату.

При экспертизе качества оказания стоматологической помощи изучаются амбулаторные карты и другие документы (анкеты), а также проводится визуальный контроль за работой врача и по полученным данным моделируется оптимальный процесс оказания помощи и выявление ошибок.

При визуальном контроле оцениваются:

- правильное, хорошее формирование кариозных полостей;
- правильная методика пломбирования;
- эстетическое качество пломб;
- надежная обтурация корневых каналов (определяется рентгенологически).

Особое внимание при оценке качества лечения необходимо обратить:

- на оценку достаточности и необходимости объемов лечения пациентов в соответствие с МЭС;
- на контроль объема лечения;
- на оценку сроков гарантии качества стоматологического лечения;
- на выявление и контроль осложнений после проведенного лечения;
- на качество санации больного, если в течение гарантийного срока больной обращался повторно к врачу по поводу лечения зуба (возврат санированного больного);
- на причины повторного обращения пациента к врачу.

Основными причинами повторного обращения больного к врачу могут быть не диагностированные случаи патологии: кариес, пульпит, периодонтит, т.е. ранее санация полости рта зарегистрирована там, где она фактически не завершена.

После сравнения реального случая оказания помощи с оптимальным отмечаются ошибки с их дальнейшей регистрацией и описанием[247].

Причины и условия возникновения врачебных ошибок делятся на субъективные и объективные.

К *субъективным* относятся:

- недостаточная квалификация врача;
- недостаточное обследование больного
- переоценка современных методов обследования;
- абсолютизация мнения консультанта.

Объ*е*ктивные врачебные ошибки:

- степень тяжести состояния больного;
- редко встречающиеся заболевания;
- слабо выраженное течение заболевания;
- невозможность получения консультации соответствующего специалиста;
- кратковременность контакта врача и больного;
- отсутствие необходимого оборудования и аппаратов для диагностики;
- отсутствие медикаментов, стоматологических материалов и инструментов.

Основные врачебные ошибки качества стоматологической помощи делятся по выбору, применению и описанию средств и методов лечения, которые могут привести к недопустимым дефектам при оказании медицинской помощи больному.

Такими дефектами могут быть:

[247]ДоникаА. Д., КожевниковЛ. Л., РеваИ. Е. Врачебная ошибка: дифференциация этического и правового поля (опыт США и Российские реалии)// Биоэтика. – 2011. - №1. – С.34-37; СвердлинД.СДискуссия по проблеме врачебной ошибки: результаты фокус-группы// Биоэтика. – 2008. - №1. – С.42-45; Варгина С.А. Прошин П.В.,Филимонов А.В....-Этические проблемы в стоматологической практике // Биоэтика. – 2008. - №1. – С.53-55.

- невыполнение, несвоевременное или некачественное выполнение необходимых пациенту диагностических и лечебных мероприятий, которые привели к осложненному течение заболевания (глубокий кариес к пульпиту и т.д.);
- нарушения в диагностике и лечении, не повлиявших на исход заболевания, но увеличившие число посещений пациента к врачу;
- различные нарушения в ведении медицинской документации, или отсутствие первичной медицинской документации;
- приписки.

При оценке работы врачей, в случае выявления дефектов или нарушений в лечении пациентов, установлены штрафные санкции, при этом количество осложнений и сумм штрафных санкций указывает на установленную закономерность: чем ниже уровень организации всех аспектов деятельности ЛПУ, тем большее число недостатков при оказании медицинской помощи (табл. 31).

Таблица 31

Штрафные санкции налагаемые администрацией учреждения на работников, допустивших дефекты и нарушения в лечебно-диагностической деятельности

№	Наименование нарушений и дефектов	Единица измерения	Штрафные санкции	
			% штрафа от стоимости 1 УЕТ	Сумма штрафа
1	Отсутствие первичной документации	1 случай	100	
2	Нарушения в оформлении и ведении документации	1 случай	10	
3	Некачественное выполнение пациенту диагностических и лечебных мероприятий, которые привели к осложненному течению заболевания:			
3.1	Ошибки в диагностике	1 случай	20	
3.2	Не устраненные кариозные полости	1 случай	10	
3.3	Дефекты пломбирования зубов (сколы, отсутствие адгезии)	1 случай	15	
3.4	Выпадение пломб	1 пломба	10	
3.5	Повторное лечение пломбированной	1 случай	20	

	кариозной полости одной и той же поверхности зуба			
3.6	Возникновение пульпита, периодонтита, после ранее проведенного лечения кариеса зубов	1 случай	50	
3.7	Возникшее по вине врача осложнение, если ранее наложенная пломба требует замены	1 осложнение	50	
3.8	Удаление зуба после ранее проведенного лечения	1 зуб	30	
4	Осложнения после амбулаторных хирургических манипуляций:			
4.1	Альвеолит	1 случай	20	
4.2	Острая перфорация гайморовой пазухи	1 случай	70	
4.3	Неприятие мер к закрытию перфорационного отверстия, не диагностирование острой перфорации, не принятие мер по госпитализации пациента в стационар для закрытия ороантрального сообщения	1 случай	100	
4.4	Несвоевременная госпитализация больного, приведшая к серьезным осложнениям	1 случай	100	
4.5	Незаконченная экстракция зуба, корня	1 случай	30	
5	**Недостаточное проведение лечебных мероприятий при заболеваниях слизистой оболочки полости рта и пародонтитов:**			
5.1	Некачественное снятие зубных осложнений	1 случай	10	
5.2	Не проведение открытого кюретажа при наличии показаний	1 случай	20	
5.3	Не назначение лоскутной операции при тяжелых формах пародонтита	1 случай	30	
6	**Некачественная санация полости рта**	1 случай	10	
7	**Некачественное изготовление зубных протезов**	1 переделка	50	
8	**Увеличение сроков изготовления зубных протезов**	1 случай	10	
9	**На необоснованный отказ в стоматологической помощи**	1 случай	100	
10	**На не соблюдение деонтологии, грубость**	1 случай	100	
11	**Нарушение требований приказов при выдаче листка нетрудоспособности (б/л)**	1 случай	100	
12	**Приписки (нарушение финансовой дисциплины)**	1 случай	100	

Инфекционный контроль в стоматологических учреждениях. В условиях стоматологического приема всегда существует высокая вероятность передачи инфекции от пациента персоналу клиники, от медицинского персонала пациентам и от одного пациента другому. С внедрением в лечебный процесс современного оборудования (высокоскоростных турбинных установок, скеллеров) риск инфицирования окружающей среды, больных и медицинских работников увеличивается во много раз.

В настоящее время существует тенденция роста числа инфекций, характеризующихся эпидемическим распространением. Особую настороженность вызывают инфекции, передающиеся с биологическими жидкостями и кровью — гепатит В и С, ВИЧ, а также воздушно-капельным путем — туберкулез.

В целях обеспечения гарантии пациентам и медицинскому персоналу безопасного для жизни и здоровья лечения в лечебно-профилактическом стоматологическом учреждении должен быть организован комплекс мер по инфекционному контролю (табл. 32).

Таблица 32

Комплекс профилактических мероприятий,
реализуемых на нескольких уровнях

Административные меры	Ответственность персонала за внедрение и реализацию программы инфекционного контроля. Постоянная модернизация программы в соответствии с новыми требованиями и разработками
Меры асептики и антисептики	Выявление возможных источников перекрёстной инфекции в рабочих кабинетах Выработка единой методики инфекционного контроля в процессе лечебной работы и дезинфекционной обработки кабинета после приема потенциального носителя инфекции
Общие принципы охраны труда	Утверждение стандартного перечня мер профилактики распространения инфекции. Перечень мер инфекционного контроля в письменной форме

В соответствии с требованиями СЭС введена программа инфекционного контроля в стоматологических ЛПУ, она включает меры предотвращения

заражения возбудителями, передающимися с кровью, а также воздушно-капельным путем.

Нормативы санэпиднадзора по охране труда предусматривают обязательный минимум требований к обеспечению инфекционного контроля.

В дополнение к этому СЭС предлагает ряд рекомендаций, включающих следующие вопросы: вакцинация персонала стоматологических лечебных учреждений, применение защитных барьеров, обработка и уход за кожей рук; использование и утилизация острых инструментов и игл; стерилизация или дезинфекция инструментария; очистка и дезинфекция стоматологических установок и поверхностей в кабинете; дезинфекционная обработка в зуботехнических лабораториях; использование и уход за наконечниками; использование клапанов, препятствующих ретроградному току, и других внутриротовых приспособлений, соединенных с линиями подачи воды и воздуха в стоматологических установках; использование одноразовых инструментов/хранение и транспортировка биоптатов; утилизация использованных расходных материалов; внедрение рекомендаций по инфекционному контролю в клиническую практику.

Эффективной мерой профилактики гепатита В является применение вакцин: проведение прививок против гепатита В рекомендуется всем сотрудникам лечебных стоматологических учреждений, контактирующим с кровью или материалами, загрязненными кровью, проведение контроля крови на HB_sAgи гепатит С.

В целях профилактики туберкулеза все работники стоматологических клиник, относящиеся к группе повышенного риска заражения, должны периодически проходить обследование для выявления латентных или активных форм туберкулеза. Для этого они должны ежегодно проходить флюорографию.

*Контроль качества проведения дезинфекционно-стерилизационных мероприятий***.** Организация контроля качества проведения дезинфекционно-стерилизационных мероприятий является важным направлением

деятельности администрации лечебных учреждений и органов санитарно-эпидемиологической службы.

Ответственность за организацию дезинфекционно-стерилизационных мероприятий в лечебных учреждениях, включая организацию самоконтроля работы стерилизационной аппаратуры, возлагается на главного врача.

Техническое обслуживание, гарантийный и текущий ремонт: дезинфекционно-стерилизационной аппаратуры осуществляют специалисты «Медтехники». Вновь установленные стерилизаторы допускается использовать только после проверки специалистами Центра Государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Специалисты санитарно-эпидемиологической службы осуществляют также плановый контроль качества работы стерилизаторов с помощью физических, химических и бактериологических методов.

Контроль качества предстерилизационной обработки стоматологического инструментария и изделий необходимо проводить методами, рекомендуемыми «Методическими указаниями по предстерилизационной очистке изделий медицинского назначения» № 28-6/13 от 8.06.82 г.

Персонал лечебно-профилактического учреждения проводит самоконтроль качества предстерилизационной очистки 1 раз в день, а главная медсестра - 1 раз в неделю. Контролю подвергают 1% изделий каждого наименования, обрабатываемых за смену, но не менее 3-5 изделий. Регистрацию результатов контроля качества предстерилизационной очистки от крови и поверхностно-активных веществ проводят в специальном журнале по форме №366/у утвержденной приказом МЗ СССР №1030 от 4.10.1980 г.

Контроль качества дезинфекции проводится методом смывов с последующим посевом материала на кровяной, желточно-солевой агар и среду Эндо. Контролю подлежит 1% от одновременно обрабатываемых изделий одного наименования, но не менее 3-5 единиц. Оценивается наличие или отсутствие роста золотистого стафилококка, синегнойной палочки и

бактерии группы кишечной палочки. Дезинфекция считается эффективной при отсутствии роста всех перечисленных микроорганизмов.

Контроль качества дезинфицирующих препаратов осуществляется методом экспресс-контроля дезинфектантов, позволяющего в течение нескольких минут определить концентрацию растворов с помощью индикаторных бумаг. При опускании специальной индикаторной полоски в исследуемый раствор она быстро меняет цвет в зависимости от концентрации активнодействующего вещества. Затем полоску сравнивают со шкалой цветности, где каждому цвету соответствует определенная концентрация раствора в процентах (табл. 33).

Таблица 33

Индикаторы серии «Дезиконт» для экспресс-контроля концентраций рабочих растворов дезинфицирующих и стерилизующих средств

Тип индикатора	Наименование дезинфицирующего средства	Рабочий диапазон концентраций, %	
		По препарату	По активному хлору
Дезиконт-Х	Хлорамин	0,5-10,0	0,13-2,6
Дезиконт-ХИ	Хлорная известь	0,2-10,0	0,05-2,5
Дезиконт-ГК	Гипохлорит кальция	1,1-7,0	0,04-2,8
Дезиконт-ГН	Гипохлорит натрия	-	0,125-0,5
Дезиконт-ГН	Нейтральный анолит	-	0,01-0,08
Дезиконт-ПВ	Перекись водорода	3,0-6,0	-
Дезиконт-С	«Септодор»	0,05-3,0	-
Дезиконт-СА	Септодор-Арома»	0,05-3,0	-
Дезиконт-СФ	«Септодор-Форте»	0.05-0,7	-

Контроль качества предстерилизационной очистки стоматологического инструментария предусматривает:

1. Самоконтроль в лечебно-профилактическом учреждении, который организует и контролирует старшая медицинская сестра центральной стерилизационной (ЦС). В центральной стерилизационной он проводится ежедневно, в отделениях — не реже одного раза в неделю. Кроме того, медицинский персонал, обрабатывающий инструментарий, должен

самостоятельно контролировать каждую партию обработанных изделий перед стерилизацией.

2. Контроль качества предстерилизационной очистки, который проводят Центры Государственного санитарно-эпидемиологического надзора и дезинфекционные отделы, но не реже 1 раза в квартал.

Контроль качества предстерилизационной очистки стоматологического инструментария включает:

- контроль качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения на наличие крови. Его проводят путем постановки азопирамовой или амидопириновой пробы.

- определение остаточных количеств щелочных компонентов моющего средства. Его проводят с помощью фенолфталеиновой пробы.

При положительной пробе на кровь или моющее средство всю партию контролируемых изделий, из которой проводилась выборка для контроля, подвергают повторной обработке до получения отрицательных результатов (при положительных азопирамовой, амидопириновой пробах — предстерилизационной очистке, при фенолфталеиновой — повторному промыванию водой).

Контролю подлежат также стерилизаторы, используемые для стерилизации изделий медицинского назначения. Он позволяет выявить несоответствие параметров режимов стерилизации, вызванных техническими неисправностями аппаратов и нарушением технологии проведения стерилизации.

Самоконтроль работы аппаратов персонал, обслуживающий стерилизационное оборудование, проводит при каждой загрузке стерилизатора. При этом регистрируют этапы процесса стерилизации, стерилизуемые материалы и результаты физического и химического контроля. Перечисленные данные регистрируются в «Журнале учета работы стерилизаторов воздушного, парового (автоклава)» (форма 275/у, утверждена приказом № 1034 МЗ СССР от 4.10.89 г.)

Контроль работы стерилизаторов осуществляют с помощью физического, химического и биологического (бактериологического) методов. Биологический (бактериологический) контроль работы стерилизационной аппаратуры осуществляют с помощью биотестов, оценивая гибель спор термоустойчивых микроорганизмов. Биотесты представляют собой дозированное количество спор тест-культуры на носителе (или в нем), помещенном в упаковку, которая предназначена для сохранения целостности носителя со спорами и предупреждения вторичного обсеменения после стерилизации. В качестве носителей используют флаконы из-под инсулина, чашечки из алюминиевой фольги (для паровых и воздушных стерилизаторов), а также диски из фильтровальной бумаги (для воздушных стерилизаторов). Упакованные биотесты помещают в те же контрольные точки стерилизационной камеры, что и средства физического и химического контроля.

Основанием для заключения об эффективной работестерилизационной аппаратуры является отсутствие роста тест-культуры при бактериологических исследованиях всех биотестов в сочетании с удовлетворительными результатами физического и химического контроля.

При обнаружении неудовлетворительных результатов контроля в процессе стерилизационного цикла и после окончания загрузку считают непростерилизованной.

В этом случае аппарат прекращают использовать, анализируют правильность осуществления режима стерилизации, правильность загрузки, упаковки, соответствие индикатора режиму стерилизации и исправность аппарата. При обнаружении неисправности специально выделенный сотрудник, ответственный за проведение стерилизации, вызывает представителя сервисной службы для ее устранения.

Кроме того, контроль стерильности стоматологических инструментов проводят бактериологические лаборатории центров Госсанэпиднадзора 2 раза в год или бактериологические лаборатории лечебных учреждений 1 раз

в месяц, в соответствии с «Инструкцией по бактериологическому контролю комплекса санитарно-гигиенических мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях (приложение 2 к приказу МЗ РФ №720 от 31 июля 2003 г.).

Контролю на стерильность подлежат не менее 1 % общего количества простерилизованного инструментария, но не менее 3-5 единиц одного наименования.

Отбор проб осуществляется путем:

- непосредственного погружения мелких инструментов в стерильную питательную среду;
- взятия смывов с крупных инструментов стерильными марлевыми салфетками 5х5 см, увлажненных стерильным физиологическим раствором, которые затем засевают на питательные среды (бульон Сабуро или тиогликолевую среду). Инструменты считаются стерильными при отсутствии роста вегетативных и спорообразующих форм микроорганизмов.

***

Мы специально столь подробно остановились на деталях системы контроля качества в медицинском учреждении, чтобы подчеркнуть его системообразующую роль в институализации дентальной имплантологии. Дело в том, что именно соблюдение мер по поддержанию высокого качества стоматологической помощи в этом сегменте имеет решающее значение для профилактики возможных осложнений. Но не меньшее значение имеет качественное выполнение врачом-стоматологом своей профессиональной роли.

5.2.Контроль и оценка качества выполнения требований профессиональной роли врачами-стоматологами

Профессиональная роль врача-стоматолога уже достаточно подробно обсуждалась во многих работах[248]. В обобщающей работе В.А.Мажаренко[249] была разработана научная концепция профессионализации в стоматологии, позволяющая оптимизировать подготовку кадров в этой отрасли медицины и повысить качество оказания стоматологической помощи. Автор предложил оригинальную научную гипотезу бинарности профессиональной роли врача-стоматолога, а также новую модель изменений в учебных программах додипломного и постдипломного образования врачей-стоматологов, предусматривающая ТУ по социологии медицины для врачей-стоматологов. Им была доказана перспективность выделения органов управления стоматологической службы на региональном и местном уровне в отдельные организации, введено в качестве институционального новое понятие «стоматологическая профессия» и обоснована необходимость замены им устаревшего определения «стоматологическая специальность» в нормативных документах. В этом фундаментальном исследовании изложен инвариант требований к профессиональной роли стоматолога, который существенен для всех подгрупп врачей (терапевтов, хирургов, ортопедов, детских стоматологов, стоматологов-гигиенистов, ортодонтов), прослежены этапы адаптации к профессии и причины ухода из нее, раскрыты психологические особенности профессии «врач-стоматолог», стоматология

[248]Шилина С. В. Влияние социально-психологических особенностей личности пациента на характер взаимоотношений в системе «врач-пациент» в стоматологии// Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Волгоград. – 2004; Афанасьева О.Ю. Причины, содержание и способы управления конфликтами в стоматологии// Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Волгоград. – 2006; Эмирвелиева О.П.Социальная оптимизация услуг ортопедической стоматологии на региональном уровне// Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Волгоград. – 2007; Воронин В.А. Социальная динамика профессиональных ролей в стоматологии// Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Волгоград. – 2007; Филимонов А. В. Социальная роль частной стоматологии в современных условиях// Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Волгоград. – 2008; Нецепляев Д.А. Общее и особенное в профессиональной деятельности врачей частных и государственных медицинских учреждений// Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Волгоград. – 2011; Кузьменко Г.Г. Статус пациента стоматологической практики// Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Волгоград. – 2011 и др.

[249] Мажаренко В.А. Стоматология как профессия: опыт социологического анализа// Дисс. на соискание уч. ст. д.м.н. Волгоград. – 2011.

представлена как коммуникативная деятельность, изучен социальный контекст профессии врача-стоматолога, определены социальные паттерны исследовательской деятельности в стоматологии, эксплицирован конфликтогенный потенциал профессии.

Опираясь на результаты этих исследований, мы постарались систематизировать требования к профессиональной роли врача-стоматолога по критерию соответствия требованиям качественной имплантологической помощи.

Как известно, ортопедическое стоматологическое лечение состоит из клинических и лабораторных этапов. Клинические этапы - это комплекс диагностических, лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий, проводимых по определенной схеме, врачом стоматологом-ортопедом с целью изготовления протеза, удовлетворяющего клиническим требованиям и устраивающего пациента своими функциональными и эстетическими свойствами.

Лабораторные этапы - это комплекс технических мероприятий, проводимых зубным техником и направленных на изготовление определенного вида зубного протеза.

Качество работы врача стоматолога-ортопеда является характеристикой, отражающей степень активности выбранной схемы ортопедического стоматологического лечения и соблюдение профессиональных стандартов на клинико-лабораторных этапах изготовления зубных протезов.

Качество изготовления зубных протезов является характеристикой, отражающей соблюдение технологии на лабораторных этапах изготовления зубных протезов и соответствие изготовленного протеза техническим требованиям, предъявляемым к данному виду протеза.

Медико-социальные факторы, влияющие на качество работы врача стоматолога-ортопеда:

- материально-техническая база ортопедического отделения;
- квалификация врача стоматолога-ортопеда;

- полное и всестороннее обследование пациента;
- исходное клиническое состояние пациента;
- выбор схемы ортопедического стоматологического лечения;
- соблюдение профессиональных стандартов на клинико-лабораторных этапах;
- качество изготовления зубных протезов;
- качество ранее проведенного терапевтического лечения;
- соблюдение принципов медицинской этики;
- психоэмоциональное состояние пациента;
- поведенческие установки пациента;
- рациональная организация режима труда;
- материальная заинтересованность врача стоматолога-ортопеда;
- социально-гигиенические факторы жизнеобеспечения и удовлетворенности врача стоматолога-ортопеда своим трудом;
- - конкуренция.

Факторы, влияющие на качество изготовления зубных протезов:

- материально-техническая база лаборатории;
- квалификация зубного техника;
- выбор технологии изготовления зубного протеза;
- соблюдение технологии изготовления зубного протеза;
- добросовестное отношение зубного техника к своим обязанностям;
- материальная заинтересованность зубного техника;
- качество работы врача стоматолога-ортопеда (качество слепков, качество препаровки зубов);
- организация зуботехнического производства;
- социальные факторы жизнеобеспечения зубного техника;
- конкуренция.

При разработке единых критериев оценки качества работы врача стоматолога-ортопеда и качества изготовления зубных протезов учитываются следующие основные принципы:

- единые критерии должны быть понятны врачам стоматологам-ортопедам и зубным техникам;
- единые критерии должны значительно повышать функциональные свойства протезов и их надежность, при этом не влиять на индивидуальность изготавливаемого протеза, на индивидуальный подход к ортопедическому стоматологическому лечению каждого больного;
- единые критерии качества работы врача стоматолога-ортопеда и качества изготовления зубных протезов должны быть утверждены и доведены до сведения врачей стоматологов-ортопедов и зубных техников;
- показатели, рассчитываемые по критериям, должны поддаваться количественному учету с целью повышения объективности, путем использования средств вычислительной техники.

В целях объективной оценки качества стоматологической ортопедической помощи пациентам, а также выявлению ошибок ортопедического лечения разработаны:

- общие требования к выбору схемы ортопедического стоматологического лечения;
- общие технические требования к слепкам;
- общие технические требования к различным видам зубных протезов;
- критерии соответствия изготовленного протеза клиническим требованиям.

Данные критерии учитывают конкретные возможности ЛПУ, клинический опыт, сложность и тяжесть заболеваний пациента,

практический опыт и новейшие научные достижения в области зубопротезной техники.

Экспертиза качества работы врача стоматолога-ортопеда и качества изготовления зубных протезов проводится на двух уровнях.

Экспертиза качества **первого уровня** должна функционировать непрерывно, что позволяет оперативно получать необходимую для управления информацию.

Оценка качества должна быть максимально объективной, иначе ее проведение становится бессмысленным, поскольку не дает необходимой информации об имеющихся недостатках и резервах для устранения. Экспертиза первого уровня осуществляется на разных этапах заведующим отделением, старшим зубным техником и с помощью взаимоконтроля между врачами стоматологами-ортопедами и зубными техниками. Взаимосвязь различных факторов, влияющих на качество ортопедического стоматологического лечения приводится ниже (Схема 1 и Схема 2).

Для осуществления оценки качества и выявления факторов, влияющих на его снижение, используются специально разработанная история болезни ортопедического больного, карта экспертизы качества, анкета социологического экспресс-опроса. В карте экспертизы качества предусматриваются отметки и подписи должностных лиц о проведении контроля работы врача стоматолога-ортопеда и качества изготовления зубного протеза в соответствии с критериями на каждом из этапов системы.



Схема 1.Экспертиза качества первого уровня.

Первый этап контроля качества- заполнение медицинской документации.

В конце месяца врач стоматолог-ортопед вместе с отчетом сдает заведующему отделением заполненные истории болезни с картами экспертизы качества по факту окончания ортопедического лечения пациента. Заведующий отделением проводит экспертизу качества заполнения медицинской документации и по ее результатам делает отметку в карте экспертизы качества по пятибальной системе:

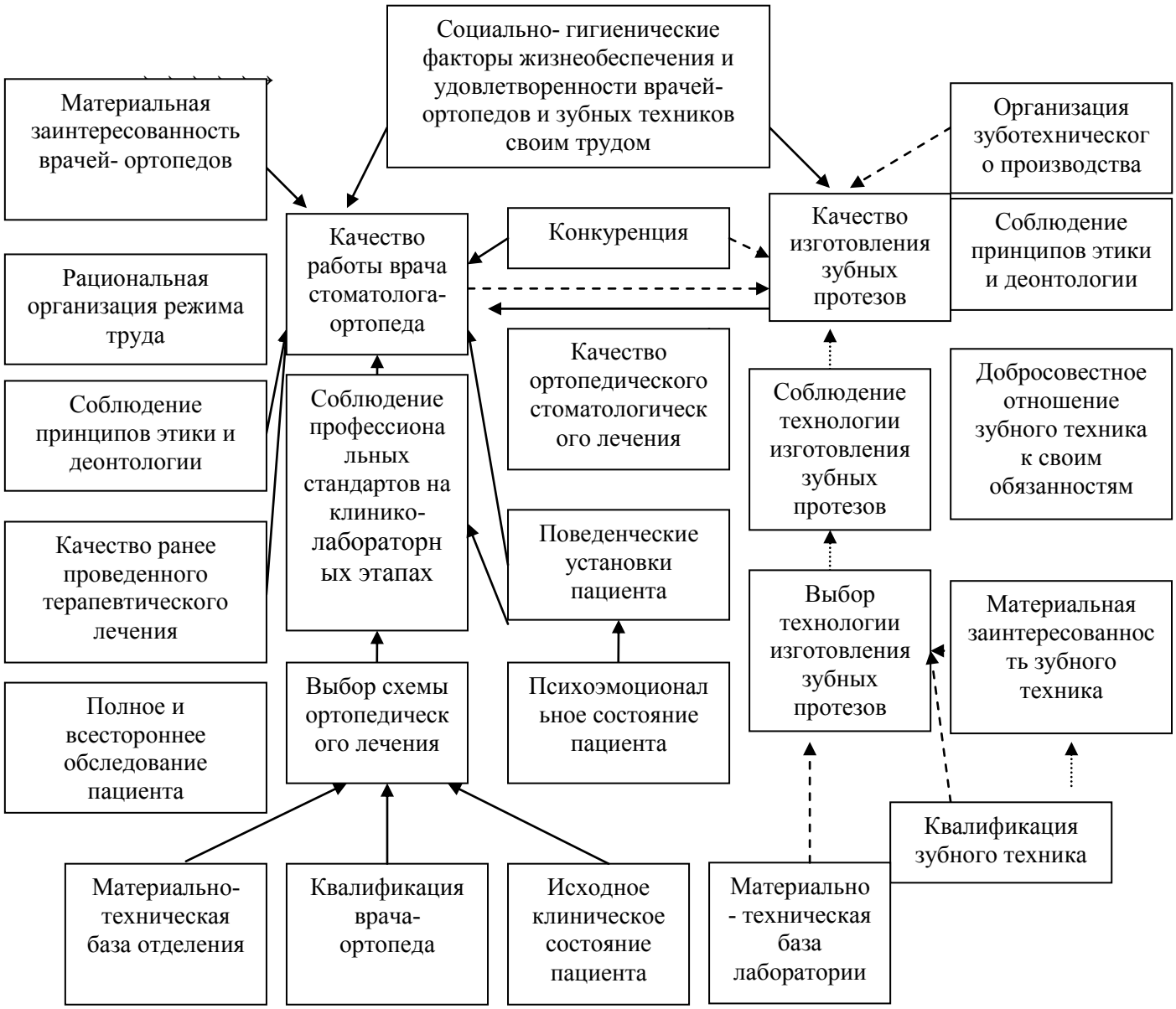


Схема 2. Условия и структурные компоненты реализации профессиональной роли врачом-стоматологом

5 баллов: медицинская документация на данного пациента оформлена без замечаний.

4 балла: имеются незначительные замечания по оформлению, но в целом история болезни дает полную информацию о пациенте и работе врача стоматолога-ортопеда с ним.

3 балла: имеются серьезные замечания по оформлению истории болезни на данного пациента. Отсутствуют записи о результатах исследования, необходимых при данной нозологической форме, или о проведении лечебных

мероприятий, их результатах, динамике течения заболевания. Диагноз, указанный в истории болезни, не соответствует результатам дополнительных исследований или наоборот.

2 балла: неудовлетворительное ведение медицинской документации, отсутствие анкеты социологического экспресс-опроса на данного пациента.

1 балл: отсутствие медицинской документации.

Второй этап контроля качества - проверка адекватности выбранной схемы ортопедического стоматологического лечения. Заведующий отделением после ознакомления с историей болезни каждого пациента оценивает адекватность выбранной врачом схемы ортопедического стоматологического лечения в соответствии с диагнозом, ориентируясь на общие требования к выбору схемы ортопедического стоматологического лечения. По результатам экспертизы заведующий отделением оценивает данный этап по 5-и бальной системе и делает соответствующую запись в карте экспертизы качества:

5 баллов: выбранная схема ортопедического лечения адекватна поставленному диагнозу и является оптимальной по срокам и методам.

4 балла: имеются незначительные замечания по схеме выбранного ортопедического лечения, принципиально не влияющие на результат ортопедического лечения.

3 балла: имеются принципиальные замечания по выбору схемы ортопедического лечения, которые могут повлиять на результат лечения (не проведены необходимые диагностические исследования, показанные при данной нозологической форме; не проведена предварительная терапевтическая, хирургическая, ортодонтическая подготовка по показаниям; выбрана нерациональная конструкция протеза; нарушены клинико-лабораторные этапы изготовления протезов).

2 балла: схема ортопедического лечения неадекватна указанной в диагнозе нозологической форме. Прогноз результатов данного ортопедического лечения неблагоприятный.

1 балл: лечение осуществляется без предварительного планирования.

Третий этап контроля качества - проверка соответствия слепков техническим требованиям. После проведения врачом лечебных мероприятий, подготовки опорных зубов и получения слепков зубной техник, выполняющий работу, оценивает их, ориентируясь на общие технические требования к слепкам. Основным методом контроля является визуальный осмотр. В спорных случаях для экспертизы привлекается старший зубной техник. По результатам экспертизы техник оценивает работу врача стоматолога-ортопеда и делает соответствующую отметку с подписью в карте экспертизы качества (по пятибалльной системе):

5 баллов: слепки соответствуют техническим требованиям.

4 балла: имеются незначительные замечания по техническим требованиям к оттиску, которые принципиально не повлияют на качество изготовления протеза.

3 балла: имеются существенные замечания по техническим требованиям к оттиску, которые могут повлиять на качество изготовляемого протеза.

2 балла: оттиск не соответствует техническим требованиям. Необходимо повторное изготовление оттисков.

1 балл: диагностический оттиск отсутствует

Четвертый этап контроля качества- проверка работы зубного техника на лабораторных этапах изготовления протеза. Данный этап оценивается врачом стоматологом-ортопедом, о чем делается соответствующая отметка и ставится подпись врача в карте экспертизы качества (по пятибалльной системе):

5 баллов: лабораторные этапы изготовления протеза выполнены зубным техником без замечаний врача.

4 балла: на этапах примерки выявлены незначительные погрешности и неточности изготовления, которые устраняются доработкой, не требуют дополнительного клинико-лабораторного этапа и принципиально не сказываются на качестве протеза.

3 балла: на этапах примерки, выявлены значительные погрешности и неточности изготовления, которые принципиально влияют на качество изготавливаемого протеза и требуют проведения дополнительного клинико-лабораторного этапа для их устранения.

2 балла: на этапе примерки выявлена необходимость переделки с повторным проведением предыдущих клинико-лабораторных этапов изготовления протеза.

1 балл: невозможно провести примерку ввиду конструктивных несоответствий.

Пятый этап контроля качества - проверка соответствия протеза общим техническим требованиям. После завершения клинико-лабораторных этапов изготовления протеза врач стоматолог-ортопед оценивает конечный результат работы зубного техника, проверяя соответствие изготовленного протеза общим техническим требованиям, ориентируясь на общие технические требования к различным видам зубных протезов. В качестве метода контроля используют визуальный осмотр протеза. В спорных случаях для проведения экспертизы привлекаются заведующий отделением и старший зубной техник. По результатам экспертизы врач стоматолог-ортопед делает отметку с подписью в карте экспертизы качества (по пятибалльной системе):

Протез соответствует техническим требованиям, предъявляемым к данному виду зубного протеза.

5 баллов: замечаний нет.

4 балла: у врача имеются незначительные замечания, принципиально не влияющие на качество изготовленного протеза и на прогноз долговечности его функционирования.

3 балла: у врача имеются существенные замечания по техническому исполнению изготовленного протеза, которые уменьшают прогноз долговечности его функционирования, снижают эстетические и функциональные свойства.

2 балла: протез изготовлен неудовлетворительно и не соответствует техническим требованиям, предъявляемым к данному виду зубного протеза. Необходима переделка протеза с повторением всех клинико-лабораторных этапов.

1 балл: протез не готов.

Шестой этап контроля качества - социологическое исследование удовлетворенности пациента от взаимодействия с ортопедической службой ЛПУ. Социологический экспресс-опрос проводится у каждого больного по факту окончания ортопедического лечения. Экспертом, проводящим опрос, могут быть м/с отделения, старшая м/с, администратор, регистратор. После окончания ортопедического лечения врач стоматолог-ортопед должен обеспечить проведение социологического опроса экспертом с использованием специально разработанной анкеты, на которой проставлен номер истории болезни. Врачу запрещается присутствовать при проведении опроса. В случае уклонения врача от проведения социологического исследования и отсутствия у заведующего отделением анкеты социологического опроса первый этап контроля качества - заполнение медицинской документации - оценивается как неудовлетворительный.

В результате по окончании ортопедического лечения каждого больного у заведующего отделением имеются достоверные источники информации об объеме и качестве оказанной медицинской помощи - заполненная история болезни ортопедического больного, карта экспертизы качества с оценками каждого этапа контроля качества и подписями должностных лиц, осуществлявших экспертизу, и анкета социологического экспресс-опроса. Заведующий отделением в конце месяца сдает карты экспертизы качества и анкеты в организационно-методический кабинет, или заместителю главного врача по лечебной работе, для статистической обработки. Данные источники информации позволяют рассчитать следующие показатели:

1. Качество заполнения врачом медицинской документации (КЗМД).

2. Качество работы врача стоматолога-ортопеда (КРВО).

3. Качество изготовления зубных протезов (КИЗП).

4. Коэффициент социальной удовлетворенности пациента от взаимодействия с ортопедической службой ЛПУ (КСУ).

По результатам расчета показателей качества работы врачей и техников рассчитываются показатели качества работы всего отделения. Данная информация позволяет главному врачу судить о качестве медицинской помощи, оказываемой в ортопедическом отделении, и проводить сравнительный анализ по месяцам:

1. Качество заполнения врачом медицинской документации (среднее по отделению), или (КЗМД сред.).

2. Качество работы врачей стоматологов-ортопедов (среднее по отделению) или (КРВО сред.).

3. Качество изготовления зубных протезов (среднее по отделению) или (КИЗП сред.).

4. Средний коэффициент социальной удовлетворенности пациентов от взаимодействия с ортопедической службой ЛПУ, или (КСУ сред.).

По результатам расчета показателей составляется аналитическая таблица. Анализ этих данных дает главному врачу возможность принимать управленческие решения в отношении конкретного медицинского работника и отделения в целом с целью улучшения качества оказываемой медицинской помощи.

Врачи-стоматологи-ортопеды	КЗМД	КРВО	КСУ	Техники-лаборанты	КИЗП
1.				1.	
2.				2.	
3.				3.	
В среднем по отделению					

Экспертиза качества **второго уровня** - это аудиторская проверка, целью которой является обеспечение прав пациента на получение качественной ортопедической стоматологической помощи на основе оптимального

использования кадровых, материально-технических ресурсов, применения соответствующих медицинских технологий и стоматологических материалов.

Аудиторская проверка позволяет выявить врачебные ошибки, дефекты изготовления зубных протезов и другие факторы, оказывающие негативное действие и снижение качества ортопедической стоматологической помощи. По результатам проведения аудиторской проверки подготавливается акт и рекомендации для главного врача ЛПУ, направленные на предупреждение данных недостатков и способствующие повышению качества ортопедической стоматологической помощи населению.

В состав аудиторской комиссии могут входить: должностные лица ЛПУ, в необходимых случаях для проведения экспертизы могут привлекаться сотрудники вузов, научных центров. Экспертом может быть специалист с высшим медицинским образованием, получивший подготовку по врачебной специальности и имеющий стаж работы по ней не менее 10 лет, высшую квалификационную категорию или ученую степень, прошедший специальную подготовку по экспертизе и получивший документ на право осуществления экспертной деятельности по специальности «ортопедическая стоматология». Эксперт может проводить экспертизу только по своей основной медицинской специальности в пределах компетенции, определенной сертификатом специалиста.

Объем контроля аудиторской проверки является ортопедическое стоматологическое лечение и технический процесс изготовления зубных протезов.

Элементы аудиторской проверки:

- изучение удовлетворенности пациентов работой ортопедического стоматологического отделения (кабинета);
- текущая экспертиза работы врача стоматолога-ортопеда с пациентом и заполнение медицинской документации;

- текущая экспертиза работы зубного техника и соответствие протезов, находящихся в работе – заказ - нарядам;
- анализ результатов экспертизы качества первого уровня;
- проверка соответствия материалов, применяемых для изготовления зубных протезов, техническим требованиям, предъявляемым к материалам, используемым в ортопедической стоматологии.

Аудиторской проверке обязательно подлежат случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их родственников. Все прочие случаи ортопедического стоматологического лечения и изготовления зубных протезов должны иметь одинаковую возможность быть подвергнутыми экспертной оценке, что обеспечит статистический метод «случайной выборки».

Аудиторская проверка осуществляется периодически в плановом порядке по усмотрению администрации ЛПУ, но не реже одного раза в квартал.

Текущая экспертиза качества работы врача стоматолога-ортопеда и качества изготовления зубных протезов предусматривает сопоставление их со стандартами. Критериями для контроля служат:

- общие требования к выбору схемы ортопедического стоматологического лечения;
- общие технические требования к слепкам;
- общие технические требования к различным видам зубных протезов;
- критерии соответствия изготовленного протеза клиническим требованиям.

Ведущая роль при экспертизе принадлежит заключению эксперта, который, кроме выполнения стандартов, учитывает все особенности индивидуального случая.

Методами контроля являются: осмотр и беседа с пациентом, ознакомление с записями в истории болезни, наряде на работу, визуальный осмотр протеза (в необходимых случаях с помощью лупы 4-х кратного увеличения).

Проверка соответствия материалов, применяемых для изготовления зубных протезов, техническим требованиям, предъявляемым к материалам, используемым в ортопедической стоматологии, должна проводиться по паспортам заводов-изготовителей, гарантирующих качество продукции.

Изучение удовлетворительности пациентов работой ортопедического стоматологического отделения проводится социологическим методом, т.к. мнение пациента является одной из составляющих понятия «качественная медицинская услуга». Опрос проводится сплошным единовременным методом, для чего разработана специальная анкета.

Вопросы анкеты направлены на выявление удовлетворенности пациентов проведенным ортопедическим лечением, его результатами, отношением медицинского персонала, Кроме того, больным предлагается высказать свои предложения по улучшению медицинского обслуживания.

Анализ результатов экспертизы качества первого уровня осуществляется по аналитическим таблицам, составленным после соответствующей статистической обработки карт экспертизы качества и анкет социологического экспресс-опроса.

Направление информационных потоков о результатах качественных и количественных показателей деятельности ортопедического и хирургического отделения представлено в приложении №1-5.

Таким образом, внедрение системы контроля качества стоматологической помощи должно повысить эффективность оказываемой медицинской помощи и производительность труда, значительно снизить заболеваемость, улучшить профилактическую работу и повысить ответственность медперсонала по оказанию специализированной стоматологической помощи населению.

Оценка качества оказания стоматологической помощи экспертом. Выполнение требований и гарантий качественного лечения пациентов, защита врача от их несправедливых притязаний, а также защита пациентов от некачественных результатов недобросовестной работы некоторых врачей-стоматологов требует проведения экспертизы оказания медицинской помощи больным.

Оценка качества оказания стоматологической помощи может осуществляться независимыми экспертами, экспертами страховых компаний или экспертами других контролирующих органов (ГЗО, ТМО, ЦРБ, МЗСК). При проведении экспертизы качества оказания медицинской помощи эксперты руководствуются: Законом РФ «О медицинском страховании граждан РФ», актами и приказами МЗ РФ, Положениями об экспертных отделах медицинских компаний, медико-экономическими стандартами по стоматологии и другими утвержденными документами.

При проведении экспертизы, эксперты изучают всю необходимую медицинскую документацию, проводят осмотры и беседы с пациентами.

Выбор формы проведения медицинской экспертизы и объем экспертиз определяется экспертом или контролирующей организацией (страховой компанией).

Для оценки качества оказания медицинской помощи (ОКОМП) используется формула:

ОКОМП= А+В/2, где:

«А» - раздел диагностических мероприятий;

«В» - раздел лечебно-профилактических мероприятий.

При анализе данных, входящих в раздел «А», учитываются:

- данные анкетирования больных;

- изучение амбулаторных карт, полнота их заполнения, наличие инструментальных, рентгенологических и лабораторных (по показаниям) исследований, консультаций специалистов.

- обоснованность диагноза;

- соответствие диагноза МКБ-10.

По разделу «В» учитываются:

- адекватность лечения установленному диагнозу.;

- комплексность лечения;

- эффективность лечения, т.е. получение планируемого результата.

Так при клинической оценке состояния пломбы в терапевтической стоматологии экспертиза проводится по 4 критериям, по которым оцениваются:

- анатомическая форма пломбы (сохранение первоначальной формы зуба), восстановленной врачом в результате пломбирования;

- краевое прилегание пломбы, определяемое с помощью зонда. Пломба должна плотно прилегать к твердым тканям зуба, видимая щель отсутствует;

- изменение цвета по наружному краю пломбы (в норме - отсутствует);

- рецидив кариеса по краю пломбы (в норме - отсутствует).

Изменение данных критериев относится к категории недостатков, которые должны быть безвозмездно устранены врачом в течение действующего гарантийного срока.

К категории существенных недостатков относятся: выпадение пломбы, подвижность пломбы, отлом части коронки зуба, осложнения после лечения кариеса, по которым налагаются штрафные санкции и которые должны быть устранены врачом в течение установленного для данного вида пломбы срока службы. При экспертизе оказанной зубопротезной помощи пациентам также оцениваются несущественные и существенные недостатки:

Несущественные недостатки:

- при изготовлении вкладок и виниров изменение анатомической формы, краевого прилегания, изменение цвета, рецидив кариеса по краю вкладки;

- изменение цвета протезов;

- оголение шейки зуба, покрытого искусственной коронкой;

- отлом кламмера.

Данные несущественные недостатки должны быть безвозмездно устранены врачом в течение действующего гарантийного срока.

Существенные недостатки:

- при изготовлении вкладок и виниров выпадение, подвижность вкладки, отлом части коронки зуба;

- нарушении целостности коронки мостовидного протеза, в т.ч. откол облицовки;

- неплотное прилегание коронки к уступу или шейке зуба;

- перелом протезов;

- расцементировка несъемных конструкций протезов.

Перечисленные существенные недостатки подлежат устранению в пределах срока службы, но по ним полагаются штрафные санкции.

Далее учитываются:

- качество преемственности лечения.

- оценка профилактических мероприятий.

- экспертиза временной нетрудоспособности.

Для адекватной оценки допущенных ошибок, учета их возможных последствий для пациента, исхода лечения, используются степени ошибок:

Первая степень - ошибок нет, оценка 1,0 балл;

Вторая степень - ошибки, которые не могут привести к ухудшению состояния здоровья и ухудшению качества лечебно-диагностического процесса, т.е. малозначимые ошибки в обследовании, формулировки диагноза и в лечебно-профилактических мероприятиях, оценка 0,9 баллов.

Третья степень - ошибки, которые не приводят к ухудшению состояния здоровья и лечебно-диагностического процесса, но могут привести к нежелательным последствиям при определенных условиях, таких как: удлинение сроков лечения, ухудшение качества, развитие осложнений при неправильном выборе пломбировочного препарата, анестетика, конструкции протеза, а также ресурсные ошибки (в диагностике, финансах и т.д.), оценка 0,75 баллов.

Четвертая степень - ошибки, не приведшие к ухудшению состояния здоровья, но вследствие грубых недостатков в обследовании и лечении ведут к удлинению срока лечения, необоснованности диагноза, невыполнение основных лечебно- диагностических и профилактических мероприятий, оценка 0,5 баллов.

Пятая степень- ошибки, которые привели к ухудшению состояния здоровья, т.е. спровоцировали развитие нового патологического состояния в полости рта, или создали условия, ускоряющие развитие заболевания, оценка (0) баллов.

В случае выявления в ходе экспертизы нескольких ошибок в пределах одного раздела (А или В) общая оценка за данный раздел выставляется по наиболее значимой ошибке.

При наличии у пациента нескольких осложнений, оценка оказания качества стоматологической помощи проводится по каждому осложнению отдельно. Суммарная оценкапо разделускладывается из величины средней арифметической оценки показателей, полученных по каждому заболеванию. Однако эксперт имеет право вносить корректировку в итоговую оценку в зависимости от значимости патологии или осложнения.

Итоговая оценка качества оказания медицинской помощи (ОКОМП), установленная экспертом, дает право администрации ЛПУ или страховой компании принимать решение о наложении штрафных санкций к работнику, допустившему ошибки, и неоплаты части стоимости лечения анализируемого случая в размере:

Х * (1-ОКОМП), где Х - суммарная стоимость обследования или лечения,

ОКОМП - итоговая оценка качества стоматологической помощи.

Вывод

Разработанные критерии дают возможность контролировать и планировать улучшение и стабилизацию качества стоматологического

лечения и зубопротезирования пациентов на всех этапах контроля (врач, зав.отделением, зам. главного врача по лечебной работе, эксперт). Контролируя работу медперсонала можно добиться непрерывного повышения качества лечебной помощи, максимальной удовлетворенности пациентов и медперсонала от выполненной работы, уменьшения числа ошибок при диагностике и лечении пациентов, что позволяет сократить повторные посещения к врачу и расходы от некачественного лечения.

Вовлечение в управление качеством всего медперсонала и переход от инспекционного контроля к самоконтролю исполнителя, формируют у них мотивацию к качественному труду. При проведении экспертизы оценки качества лечения и зубопротезирования пациентов по бальной системе упрощается работа экспертов по анализу деятельности врача и ЛПУ в целом. Чем выше средний балл, тем более качественнее оказание медицинской помощи, и наоборот. Показатели качества и эффективности медицинской помощи населению могут быть использованы администрацией ЛПУ для дифференцированной оплаты труда медицинских работников. Внедрение системы контроля качества существенно улучшит качество оказываемой медицинской помощи, снизит заболеваемость, улучшит профилактическую работу, повысит ответственность медперсонала по оказанию специализированной стоматологической помощи населению.

Оценка конечного результата должна проводиться не по данным статистики и не по совокупности случаев, а по каждому отдельно взятому случаю оказания медицинской помощи. При этом критерием результативности стоматологической помощи должно быть состояние здоровья и удовлетворенности лечением конкретного пациента.

С целью более объективной оценки качества стоматологической помощи для каждой однородной по дисперсности группы пациентов в любом ЛПУ в зависимости от кадрового состава его квалификации и материальной базы, целесообразно разработать и утвердить свои оценочные стандарты:

- результативности и медицинской эффективности;

- нормативной стоимости лечения (т.е. затрат);
- технологий методов диагностики и лечения;
- перечня недопустимых дефектов при оказании данного вида стоматологической помощи.

Предложенные критерии системы контроля и оценки качества оказания стоматологической помощи, в значительной степени облегчат проведение согласованных действий контролирующих органов всех уровней и экспертов при формировании правовой защиты профессиональных действий медицинских работников стоматологического профиля; правовой защиты интересов пациентов в получении и сохранении стоматологического здоровья; в создании условий для координации действий органов управления здравоохранением, фондов ОМС, страховых компаний, судебно-правовых органов в решении проблем оказания стоматологической помощи населению и профилактики стоматологических заболеваний.

5.3. Медико-социологическое обоснование модели регионального клинического центра дентальной имплантологии

Проведенное исследование, результаты которого изложены в предыдущих параграфах работы, показало необходимость решения двух проблем, возникающих в процессе институализации дентальной имплантологии как самостоятельной подотрасли стоматологии. Первая проблема – отличия в технологической оснащенности стоматологических клиник государственной и частной форм собственности, не позволяющее учреждениям ГСЗ оказывать имплантологическую помощь на достаточно высоком уровне.

Вторая проблема – квалификация кадров, низкий уровень которой провоцирует риски различных осложнений в имплантологической практике. Описанная выше система контроля качества способна минимизировать эти риски только в том случае, если будет носить комплексный характер и будет

структурирована по единым принципам.

Следовательно, программа институализации дентальной имплантологии, позволяющая повысить уровень оказания стоматологической помощи, должна содержать в себе проект оптимальной модели ее организации. Нам представляется, что параметры применения такой модели могут быть заданы на региональном уровне и сочетать в себе опыт клиник ГСЗ и ЧСЗ. Исходя их этих посылок, нами разработана модель регионального центра дентальной имплантологии в применении к конкретному региону – Ставропольскому краю (далее – модель краевого центра).

Формирование модели краевого клинического центра дентальной имплантологии (ККЦДИ) с завершенным циклом предоставления стоматологической услуги — одного из основных мероприятий по повышению эффективности оказания высококвалифицированной стоматологической помощи населению, как системы, требует освещения главных факторов, которые содействовали его учреждению и развитию.

В таких условиях концептуальная идея создания частного стоматологического учреждения, которое бы не только предоставляло полный спектр стоматологических услуг, но одновременно стало научно-практическим и учебным центром по всем направлениям стоматологической науки послужило основанием для открытия стоматологической клиники ООО НПО «Фитодент», в городе Ставрополь, как основу для формирования ККЦДИ.

В основу концептуальных подходов к формированию качественно нового для Северо-Кавказского региона учреждения стоматологической помощи негосударственной формы собственности предполагалось:

- провести анализ зарубежной литературы;
- ознакомиться с деятельностью руководящих стоматологических структур разной формы собственности в странах Европы;
- провести анализ современных мировых требований к стандартам предоставления стоматологической помощи и ее комплексного предоставления на основе новейших технологий;

- оценить результаты критического анализа предоставления стоматологических услуг частными учреждениями в Северо-Кавказском Федеральном округе Ставропольского края.

В качестве организационно-правового существования будущего учреждения наиболее целесообразной выбрана форма «Общество с ограниченной ответственностью, научно-производственное объединение», которая, по сравнению с хозрасчетным отделением при государственной больнице, существенно отличается в полномочиях руководства в части расширения возможностей принятия управленческих и финансовых решений в направлении достижения концептуальной цели учреждения качественно нового типа.

Предметом деятельности ООО НПО «Фитодент» в области медицины, согласно Уставу, определялись:

- медицинская практика: терапевтическая стоматология, ортодонтия, хирургическая стоматология, дентальная имплантология, детская стоматология, рентгенология;
- предоставление стоматологической (неотложной и плановой) терапевтической, хирургической, ортопедической помощи населению в амбулаторном и стационарном порядке;
- предоставления медицинской помощи и осуществления консультативно-диагностических, профилактических лечебно-оздоравливающих, санитарно-образовательных услуг юридическим лицам та гражданам;
- внедрение в действие новых медицинских технологий лечебных мер и процессов, разработки новых медицинских методик и программ;
- выполнение научно-исследовательской работы и предоставления медико-консультационных, лечебных и медико-технических услуг.

В соответствии с Уставом ККЦДИ и направления достижения главной цели работы — обеспечение предоставления стоматологической услуги в одном месте и по завершенному циклу — формирование его подразделов в

хронологическом порядке предусматривается системность в последовательности действий, а также определение и пополнение в динамике их функциональных обязанностей.

Основным исполнителем решений собрания основателей является руководитель ККЦДИ - генеральный директор, которому подчиненные его заместитель по медицинским вопросам — главный врач, исполнительный директор клиники, коммерческий директор, заместитель по административно-хозяйственным вопросам.

Непосредственно Генеральному директору подчинены отделы бухгалтерского учета, информационных технологий, кадров с охраной работы, аптека, состав; заместителю по медицинским вопросам — главному врачу — врачи отделений; заместителю по административно-хозяйственным вопросам — хозяйственная служба и служба охраны, водитель, коммерческому директору — менеджеры из продажи стоматологического оборудования и материалов.

В подчинении исполнительного директора клиники находится весь ее лечебный блок: отделение терапевтической, ортопедической и хирургической стоматологии, физиотерапии и рентгенологии с соответствующим управленческим персоналом среднего звена, отдел клинических испытаний и учебный центр, администраторы клиники, филиала.

Нужно подчеркнуть, что система управления ККЦДИ формировалась и претерпевала соответствующие изменения в процессе его становления с учетом поэтапного решения новых задач, и в сформированном виде остается довольно гибкой, что позволяет при необходимости оперативно реагировать на влияние внешних и внутренних факторов при принятии управленческих решений.

Управление ККЦДИ. Система управления ККЦДИ построена с учетом требований современного менеджмента в составе трех неотъемлемых взаимодействующих между собой ее частей:

- субъекта, управляющего объектом;
- объекта управления;

- блока научного регулирования.

Особенностью субъекта управляющего, в отличие от государственных учреждений, является наличие совет учредителей ООО НПО «Фитодент», предусмотренных Уставом ККЦДИ, которому подчиняются два других компонента субъекта, управляющего объектом — генеральный директор и исполнительный директор клиники. Относительно объекта управления, то он представлен всеми структурными подразделами и службами учреждения с них руководителями и медицинским и вспомогательным персоналом.

Блок регулирования системы управления имеет в своем составе все виды информации: директивную (Конституция РФ, Законы РФ и Правительственные постановления в части негосударственных форм собственности, основы законодательства РФ из здравоохранения, решение стоматологической ассоциации РФ), научную (учебный центр, материалы научно-практических конференций, в том числе международных, результаты собственных научных разработок, зарубежный опыт), материалы Internet и из собственных источников (результаты анализа деятельности института, в частности его клинического направления).

Особенности концептуального подхода к формированию модели ККЦДИ. Предложенная модель стоматологической клиники ККЦДИ с завершенным циклом предоставления стоматологической услуги является составной частью системы оказания медицинской помощи населению Ставропольского края, как основного ее субъекта.

Концептуальным подходом в формировании клиники стало определение ее стратегической деятельности в соответствии с главной целью ККЦДИ и его Устава как достижения ею лидирующих позиций на рынке стоматологических услуг за счет внедрения новых технологий, контроля процессов по организации и непосредственному предоставления стоматологических услуг. При этом достижение лидерства неразрывно связывало с политикой клиники в части качества, которое распространяется на все процессы предоставления стоматологических услуг, подбор и повышения квалификации персонала,

маркетинговые исследования. При таком подходе основу реализации собственной стратегии представляет качество результата, которое включает:

- организацию системы согласно требованиям относительно качества;
- внедрение международных стандартов качества ISO 9001:2010;
- обеспечение прозрачности процессов, которые происходят в клинике;
- выполнение требований всех обязательных регулирующих и нормативных документов, которые распространяются на деятельность и услуги клиники;
- взаимовыгодное партнерство;
- максимальное удовлетворение возрастающих требований потребителей в части качества услуг;
- привлечение персонала клиники к управлению качеством на основе мотивации и организации обучения;
- рост благосостояния и социальной защиты работников клиники.

Логичным при таком подходе стало принятия клиникой ответственности за обеспечения:

- соответствия цен клиники ее политике;
- персонала финансовыми, трудовыми и материально-техническими ресурсами для реализации политики в части качества;
- постоянного усовершенствования политики и целей клиники в соответствии требованиям качества предоставления стоматологической помощи;
- беспрерывного усовершенствования результативности системы менеджмента качества.

Основными задачами ККЦДИ являются:

- ✓ своевременное, качественное и комплексное предоставления стоматологических услуг населению по терапевтическому, ортопедическому, парадонтологическому, ортодонтическому, ортопедическому и имплантологическому (профильному) направлениях;

- ✓ обеспечение внедрения новых прогрессивных технологий, разных методов исследования в стоматологии;
- ✓ рациональная организация деятельности соответствующих подразделов отделений (терапевтического, ортопедического, хирургического, рентгенологического).

Концептуальное очерчивание задач ККЦДИ позволило дифференцированно подойти к определению функций отдельно по каждому из них. В частности, в части предоставления стоматологических услуг основным явились:

- ❖ высококвалифицированная и качественная стоматологическая помощь с применением комплекса мероприятий по использованию современного диагностического и лечебного специального стоматологического оборудования и материалов последнего поколения;
- ❖ комплексный подход к лечению с проведением консилиумов в присутствии всех причастных к данному клиническому случаю врачей с целью максимального устранения возможных ошибок и максимально эффективной помощи пациенту;
- ❖ реализация комплекса мер по усовершенствованию медицинского обслуживания пациентов, в том числе с использованием программы «АнтиСПИД»;
- ❖ соблюдение инструкций производителей относительно технологий использования материалов;
- ❖ постоянное профессиональное усовершенствование квалификации врачей с целью повышения качества лечения;
- ❖ прогнозируемый и внимательный индивидуальный подход персонала к каждому пациенту путем создания комфорта.

Функция внедрения новых прогрессивных стоматологических технологий обеспечивается постоянным ростом достижений современной мировой стоматологии, использованием в работе опыта зарубежных специалистов путем них привлечение для участия в тематических тренингах,

курсовых мерах, чтении лекций из актуальных проблем современной стоматологии.

В основу модели качественно нового для РФ частного стоматологического учреждения с комплексным предоставлением помощи по завершенному циклу, положено определение концептуальных подходов к ее формированию, достижению конкурентоспособности клиники при условиях рационального управления качеством услуг, регламентацией отношений с пациентами, использование в деятельности принципов внутреннего и внешнего дентального маркетинга и формирования положительного имиджа для достижения удовлетворения нужд пациентов в качественной стоматологической помощи на современном уровне.

Таким образом, теоретическое обоснование концептуальных подходов и положений Устава ККЦДИ требовали создания в его составе нетрадиционной для частного стоматологического учреждения лечебной части с набором традиционных кабинетов, а значительно измененной подсистемы — собственно его клиники, которая бы отвечала современным европейским образцам.

При таких условиях первоочередным стали задачи органического объединения в одной системе, то есть в будущей клинике, традиционных элементов предоставления стоматологических услуг, с качественно новыми, отсутствующими в частных стоматологических учреждениях РФ, которая и легла в основу научного обоснования функционально-организационной модели клиники ККЦДИ, формирование которой происходило постепенно.

Функциональное объединение и взаимодействие традиционных и новых элементов клиники как системы, обеспечило ее новые интегративные качества: если традиционные обеспечивают основной лечебный процесс, то новые содействуют расширению его диапазона, то есть введению новых видов стоматологических услуг в соответствии с запросами пациентов, благодаря деятельности учебного центра фактически беспрерывной переподготовке врачей-стоматологов-специалистов и подготовке новых типов специалистов стоматологической области, прежде отсутствующих в регионе.

Формирование элементов клиники и ее взаимодействие из структурным подразделами ККЦДИ. Результаты клинической деятельности ККЦДИ на начальном периоде его становления стали основам для решения следующих приоритетных задач в достижении главной цели будущей клиники: привлечь производителей высококачественной стоматологической продукции, подобрать на этой основе лучшее оборудование и материалы по цене производителя, а также наладить внедрение прогрессивных технологий лечения.

Однако практика показала, что сформированных на первом этапе мощностей ККЦДИ недостаточно для достижения главной концептуальной цели — внедрения комплексного стоматологического лечения. Поэтому второй этап посвящался ее расширению за счет установления дополнительных стоматологических кресел и открытия зуботехнической лаборатории с широким ассортиментами зубопротезных конструкций. Анализ деятельности клиники в динамике свидетельствует, что первые из указанных ее подразделов, начав на этапе становления с самого необходимого, превратились в уникальные для стоматологической службы Ставропольского края качественно сильные структуры.

В состав современного рентгенологического отделения вошло три кабинета: ортопантомографии и цефалометрии, а также дентальной компьютерной томографии. Такая дифференциация имеет существенные преимущества при применении в стоматологии и дает возможность:

- определить объем остаточной костной ткани, проводить контроль аугментации и дентальной имплантаций;
- диагностировать новообразования в челюстно-лицевой области;
- оценивать расположение ретинированных, дистопированных и сверхкомплектных зубов;
- диагностировать патологии пародонта;
- точно диагностировать разные эндодонтические патологии и их осложнения;

- диагностировать одонто- и неодонтогенные поражения придаточных пазух носа;
- проводить томографию суставов и их трехмерную реконструкцию;
- диагностировать патологию любой локализации в краниофациальной области (в том числе ЛОР и нейрохирургической патологии).

Ортопантомография и телерентгенография осуществляются с помощью цифрового ортопантомографа с цефалостатом VALEX, который дает возможность проводить:

- ортопантомографию как у взрослых, так и у детей (благодаря специальной детской программе);
- обследование синусов верхней челюсти;
- обследование височно-нижнечелюстных суставов в передне-задней и боковой проекциях;
- цефалометрию;
- томографию разных отделов челюстей и височно-нижнечелюстных суставов.

Продолжительность процедуры - кратчайшая среди существующих ортопантомографов и составляет лишь 6,9 секунды, что существенно уменьшает лучевую нагрузку на пациента.

Зуботехническая лаборатория в процессе своего развития стала способной обеспечивать изготовление широкого ассортиментов зубопротезных изделий и частей имплантатов, в том числе на заказ зубных техников из разных стоматологических организаций как города Ставрополя, так и Ставропольского края. Литейная лаборатория работает с использованием современного оборудования и материалов, которое позволяет выполнять наиболее точное литье конструкций любой сложности с использованием широкого спектра материалов. Основное направление ее работы — литье из титана, золота и платины, что присущее немногим клиникам РФ.

Возможность выполнения технических работ непосредственно в лаборатории ККЦДИ позволяет обеспечивать индивидуальный подбор цвета и

анатомической формы зубов.

В хирургическом и парадонтологическом отделениях, которые имеют собственный операционный блок, палату ухода за прооперированными больными, хирургический кабинет и помещения для анестезиологической бригады, проводят комплексное лечение заболеваний тканей пародонта, все виды зубных имплантаций и оперативных вмешательств для реконструкции объема кости и мягких тканей с целью подготовки для дальнейшей имплантации и протезирования.

В ортодонтическом кабинете предоставляется помощь взрослым и детям, а одним из направлений в ортодонтического лечения является использование лингвальных или «невидимых» брекетов, а также большого многообразия кап, которые дают возможность исправить прикус без помощи брекетов. В сотрудничестве с хирургами проводится пластика десневого края, уздечек губ и языка, «открытие» непрорезавшихся зубов, установление ортодонтических имплантатов и мини-имплантатов.

Рост в последние годы численности пациентов, которые нуждаются в эндодонтическом лечении, стало поводом к открытию эндодонтического кабинета, оснащенного новейшими стоматологическими технологиями. Главной целью врача-эндодонта является устранения инфекции в корневой системе зубов путем лечения корневых каналов, даже «безнадежных» периодонтитных зубов.

В кабинете реставрации благодаря использованию новейших реставрационных технологий врач-стоматолог-реставратор, повторяя анатомическое строение зуба, цвет, прозрачность и функциональность соответственно естественным зубам, восстанавливает разрушенные или пораженные кариесом зубы, возвращает их к первоначальному виду.

В кабинете гигиены врач-гигиенист подбирает для пациента в зависимости от клинического случая средства гигиены и ухода за ротовой пустотой и учит правилам пользования ими. Основной принцип его работы — ведение пациента на всех этапах лечения и после его завершения.

Особенностью кабинета детской стоматологии является индивидуальный подход врача-стоматолога к лечению стоматологических заболеваний у детей в зависимости от возраста, состояния развития зубов с использованием соответствующих материалов и привлечением педиатра и психолога, а основное внимание сосредоточивается на проведении комплекса профилактических мер, который позволяет обеспечить полноценного функционирования зубно-челюстной системы ребенка и предотвратить появление стоматологических болезней в раннем возрасте.

Взаимодействуя между собой, приведенные подсистемы ККЦДИ обеспечивают предоставление неотложной и плановой терапевтической, хирургической, парадонтологической, ортопедической, ортодонтической, имплантологической помощи, помощи в области детской стоматологии и рентгенодиагностики (табл. 34).

Таблица 34

Основные направления деятельности и возможности лечебных кабинетов

Кабинет	Направление деятельности	Возможности
Рентгеновский	Высокотехничная диагностика/высококачественная телерентгенография	Цифровой ортопантомограф в десятки раз уменьшает лучевую нагрузку против обычных аппаратов
Дентальной и компьютерной томографии	Высокотехничная диагностика/короткий период обследования	Низкая лучевая нагрузка
Стерилизации	Предупреждение риска передачи инфекции во время лечения, выполнение программ «АнтиСПИД» и «Антигепатит»	Контроль качества стерилизации с помощью компьютера и специальных индикаторов
Зуботехнический	Изготовление широкого ассортиментов зубопротезных изделий и частей имплантатов/выполнение работ в артикуляторе	Литье золотых и платиновых сплавов, титана; выполнение заказов других стомат. организаций Ставрополя и индивидуальный подбор цвета и анатомической формы зубов

Гигиены	Сопровождение пациента на всех этапах лечения и после его завершения	Индивидуальный подбор средств гигиены и обучение уходу за ротовой пустотой
Реставрации	Восстановление разрушенных (пораженных) кариесом зубов за новейшими реставрационными технологиями	Возвращение зубов к функциональному и эстетичному виду
Ортодонтический	Исправление патологии прикуса, зубочелюстных деформаций и аномалий положения зубов	Исправление прикуса без брекетов или с помощью лингвальних брекетов, открытие (вместе с хирургами) непрорезавшихся зубов, установление мини-имплантантов
Хирургии и пародонтологии	Комплексное лечение заболеваний тканей пародонта	Все виды зубных имплантаций и соответствующих оперативных вмешательств на тканях пародонта
Эндодонтии	Устранение инфекций в корневой системе зубов	Использование микроскопу, трехмерная обтурация корневых каналов
Детской стоматологии	Лечение и профилактика стоматологических заболеваний у детей	Обеспечение полного функционирования зубочелюстной системы ребенка

Взаимодействие клиники, как подсистемы системы ККЦДИ, с другими его структурными подразделами (элементами) предусмотренная Положениям о ней и составляется с двух частей: «получает» и «предоставляет», что обеспечивает не только выполнение ею производственных обязанностей, а и обратной связь между элементами подсистемы. В системе ККЦДИ клиника взаимодействует с рядом отделов: бухгалтерского учета, коммерческим, зуботехнической лабораторией, кадровым отделом, отделом клинических испытаний, учебным центром, сервисной службой, филиалами. При этом взаимодействие клиники с

другими структурными подразделами ККЦДИ имеет целенаправленное по отношению к каждому из них направление, которое представлено в сводной таблице 35.

Таблица 35

Направления взаимодействия клиники с подразделами ККЦДИ

Подраздел	Предоставляет клинике	Получает от клиники
Бухгалтерия	Сведения об оплате за приобретенные материалы и их остатки на отчетную дату; данные о стоимости приобретенных материалов и неуплаченные счетах; план текущих затрат; доверенность на приобретение материалов; прейскуранты на услуги	Отчетные дани об использовании материалов, их фактическое наличие и списание; документы о движении материалов и заявки на них приобретение; талоны на услуги; сведения о новых стоматологических материалах для занесения к прейскуранту
Коммерческий отдел	Результаты маркетинговых исследований стоматологического рынка относительно новых препаратов и ценовой политики на необходимые материалы и оборудование; материалы относительно обеспечения рекламы клиники и ее имиджа на стоматологических выставках	Консультативную информацию менеджерам по сбытую; помощь в работе на стоматологических выставках; организации экскурсии по клинике для своих клиентов
Зуботехническая лаборатория	Изготовленные зуботехнические конструкции и протезы	Отражения и наряды на изготовление зуботехнических конструкций и протезов; консультации по поводу подбора их цвета и форм
Кадровая служба	Отобранных кандидатов на вакантные должности; должностные инструкции на работников; планы стажировки кандидатов на вакантные должности и прохождение испытательного срока	Заказ на подбор кандидатов на вакантные должности; характеристики по результатам стажировки, прохождение испытательного периода; табеля использования рабочего времени
Отдел клинических	Материалы, оборудования для проведения клинических	Список пациентов, которые дали согласие на клинические

испытаний	испытаний	испытания
Состав	Необходимые материалы, инструментарий и оборудования, обеспечивает их своевременную доставку	Данные об остатках материалов
Хозяйственный отдел	Обеспечивает выполнение заявок	Заявки на проведение ремонтных и наладочных работ
Аптека	Необходимое для работы лекарство	Заявку на лекарство

Таким образом, интеграция специфического взаимодействия клиники с каждым из подразделов ККЦДИ направляется на достижение главного результата — максимального удовлетворения пациента качественной стоматологической услугой.

Дентальный маркетинг и формирования имиджа ККЦДИ. Известно, что неотъемлемой составляющей частной стоматологической клиники есть развитие маркетинговой деятельности.

Неотъемлемой составляющей предложенной модели частной стоматологической клиники с завершенным циклом помощи постоянная маркетинговая деятельность, направленная по крайней мере в двух направлениях: привлечение и сохранение платежеспособных пациентов и формирования имиджа клиники.

Относительно внешнего маркетинга использовались:

- ✓ реклама, справочник «Из рук в руки», вывески и т.п.;
- ✓ лекции для населения на региональном ТВ и на предприятиях;
- ✓ научные статьи в профессиональных журналах;
- ✓ письма пациентам;
- ✓ статьи о стоматологии для газет и журналов;
- ✓ участие в специальных проектах и акциях;
- ✓ перекрестное взаимное сотрудничество с другими врачами;
- ✓ просветительская деятельность;
- ✓ визитные карточки;
- ✓ участие в стоматологических выставках.

Наиболее распространенными формами технологии внутреннего маркетинга, направленного на пациентов, стали:

- ✓ общение по телефону;
- ✓ личные беседы с пациентами;
- ✓ ведение скидок и системы гибкой оплаты лечения;
- ✓ введение общих консультаций специалистов различного профиля;
- ✓ поощрение пациентов, которые рекомендуют клинику другим пациентам;
- ✓ возможность выбора врача и материалов для лечения;
- ✓ положительное влияние персонала на пациентов;
- ✓ создание в клинике обстановки гарантии полного комфорта для посетителей.

Существенным дополнением внешнего и внутреннего маркетинга стало применение в ККЦДИ так называемого «технологического маркетинга», направленного на внедрения в практике новых методик, разработок и технологий, которые могут не только повлиять на признание профессионализма персонала, а и привлечь новых пациентов, например:

- лазерное отбеливание зубов;
- дентальная имплантация;
- использование золотых и титановых сплавов;
- эстетичное микропротезирование.

При этом на первом этапе нами доносилась к потребителю информация о новой технологии с использованием метода внешнего маркетинга, а на втором, применяя технологию внутреннего маркетинга, мы подводили пациента к признанию необходимости воспользоваться такой уникальной услугой.

Нужно особенно подчеркнуть, что использование любой концепции маркетинга нуждалось в убеждении персонала клиники в необходимости работать по-новому. Аргументы в пользу маркетинга чрезвычайно простые, в частности:

- ❖ пациента привлекает предложение, которое выглядит более привлекательной, чем у конкурентов, а удержание зависит от удовлетворения его нужд;

- степень удовлетворения пациента зависит от работы каждого сотрудника клиники, а маркетинг есть объединяющим общих усилий и выступает как гарантия удовлетворения каждого пациента.

Таким образом, маркетинговое планирование направлялось на удержание существующих пациентов и привлечения новых с целью роста уровней прибылей клиники.

Организация рекламы клиники предусматривала, прежде всего, доведение к максимально большему числу потребителей информации о наличии тех или других услуг. То есть, реклама рассматривалась не как вспомогательная, а как основная информационная функция маркетинга. К другой важной задаче относилась необходимость убеждения потенциального пациента воспользоваться услугой именно нашей клиники, то есть информационно-психологическое влияние на него.

Основные используемые нами виды и источники рекламы носили фактически традиционные ее формы (статьи в газетах и журналах, рекламные щиты, сайт в Интернете и прочие), однако при этом мы старались подавать ее нестандартно, более в направлении информирования о состоянии стоматологической помощи, с периодическим изменением материала и доведением пользы стоматологических услуг лишениям стереотипа относительно ассоциации лечения зубьев с болью и дискомфортом.

Проведенный в ККЦДИ социологический опрос среди пациентов с целью анализа факторов, которые повлияли на их решение обратиться именно в нее (табл. 36), показал, что из 9-и сформулированных и предложенных вниманию пациентов наименований факторов наиболее решающего влияния большинство выделило 4 первые (уверенность в качестве и безопасности лечения, знание о безболезненности процедур и ожидаемо внимание врачей).

Таблица 36

Группировка респондентов по силе влияния разных факторов на их решение обратиться к клиники ККЦДИ

Наименование	Оказало	Повлияло в	Совсем	Не могу	Вместе

факторов	большое влияние	определенной степени	не повлияло	ответить	
Уверенность как лечения	57,5	26,0	1,4	15,1	100,0
Уверенность в безопасности лечения	53,4	15,1	6,8	24,7	100,0
Знание о безболезненности процедур	47,9	20,5	6,8	24,8	100,0
Ожидаемое внимание врачей	47,9	26,1	-	26,0	100,0
Убедительная информация администратора	27,4	23,3	23,3	26,0	100,0
Доверие к конкретному врачу	13,7	11,0	37,0	38,3	100,0
Отсутствие очереди	21,9	30,1	23,3	24,7	100,0
Близость клиники к местожительству	16,4	11,0	41,0	31,6	100,0
Соответствие цен качества лечения	11,0	23,3	11,0	54,7	100,0

Результаты проведенного в 2011-2013 годах социологического опроса относительно восприятия средств рекламы в стоматологии показали, что 72,6% всех опрошенных указали на рекламу как лучший источник информации. При этом как рекламное средство самой большой популярностью у мужчин и женщин служило телевидение, почему отдали предпочтение 42 респондента из 100 опрошенных, почти с одинаковой частотой респонденты отметили радиорекламу (20,5 из 100) и буклеты фирмы (19,2 из 100). Относительно последнего, то его чаще выбирали женщины. К лучшим средствам рекламы относились и справочники, на что указывали 15 из 100 опрошенных как мужчин, так и женщин. На газеты как средство рекламы указывали лишь 7 лиц из 100 опрашиваемых, а совсем не восприимчивой формой рекламы стоматологических услуг названа постоянная раздача рекламных буклетов на улице.

Кроме того, престиж клиники зависит от внешнего вида сотрудников, культуры их поведения, дизайна помещения, формы общения с пациентом и т.п.

Таким образом, в основу рекламной деятельности ККЦДИ легли:

- ✓ высокие требования как к качеству рекламы, так и к рекламным средствам;
- ✓ акценты на внутреннюю рекламу;
- ✓ многообразие используемых рекламных средств;
- ✓ санитарно-просветительская направленность рекламы;
- ✓ комплексный подход к формированию имиджа клиники.

При этом учитывалось, что пациентами клиники в большинстве должны стать лица с высоким социальным статусом, которые отдают предпочтение стоматологическим услугам, основанным на суперсовременных, «модных» технологиях.

Формирование имиджа клиники, механизм которого представлен на таблице 37, предусматривало как постепенность, так и учет его развития, начиная от рекламной политики к компетентности персонала всех уровней, оснащение и обрамление лечебно-диагностических кабинетов, цен на услуги, отношение сотрудников к пациентам. Концептуальным подходом к формированию имиджа стоматологической ККЦДИ стало признание того, что в ее репутации не должно быть мелочей, а учету подлежит все — от поведения младшего медперсонала к профессионализму руководителя. Сюда входят стиль разговора медицинского регистратора, в том числе и по телефону, общая концепция рекламной кампании, внешний вид офиса и внутренний интерьер клиники, ее место нахождения, состав пациентов и сотрудников, от того, как она хочет выглядеть в глазах окружающих.

Таблица 37

Механизм формирования имиджа стоматологической клиники ККЦДИ

Телевидение		Рекламные ролики
		Беседы

		Организация цикла передач
Печатные средства		Газеты
		Журналы
		Справочники
		Буклеты
Внешняя реклама		Подсвечивание
Альбомы с фотографиями зубов пациентов к и после лечения в клинике		
Проведение учебных программ для стоматологов других клиник		
Высокие требования к деонтологии всех сотрудников клиники		
Создание психологической службы ККЦДИ для работы с пациентами и сотрудниками		

Исходной посылкой здесь было формирование благоприятной установки у сотрудников клиники (внутреннего имиджа), что не менее важно, чем формирование установки на лечение именно в этой клинике у пациентов (внешнего имиджа), поскольку сотрудники, которые воспринимают цель клиники как свою собственную, способны достичь большего.

В соответствии с таким концептуальным подходом и определялась структура формирования имиджа клиники (табл. 38).

Таблица 38

Структура формирования имиджа клиники ККЦДИ

№ з/п	Элементы структуры	Содержание элементов
1	Имидж услуг	Сведения об уникальности услуг клиники и ее оборудование
2	Имидж потребителей услуг	Общественный статус основного количества пациентов
3	Внутренний имидж	Сведения о сотрудниках и клинике, культуру и социально-психологический климат в ней
4	Имидж руководителя	Способности, ценностные ориентиры, психологические характеристики
5	Имидж персонала	Сборный, обобщенный образ работников клиники, который раскрывает наиболее характерные для них черты
6	Визуальный имидж	Информация о символике клиники и интерьер ее офиса
7	Социальный имидж	Сведения для широкой общественности осоциальных цели и роль клиники в общественной, культурной,

		экономической жизни общества
8	Бизнес-Имидж	Сведения о клинике как субъекта деловой активности, репутация, объем предоставленных услуг, относительная частица на рынке услуг, разнообразие услуг, гибкость ценовой политики и т.п.

При формировании имиджа клиники учитывались важные, с нашей точки зрения, аспекты:

- разработка логотипа буквенной эмблемы клиники, поскольку она производит впечатление и легко запоминается - ККЦДИ;
- размещение в стоматологических журналах статей о достижении клиники с целью подкрепления авторитета сотрудников;
- поддержание тщательного ухода за оборудованием и безупречной чистоты кабинетов;
- непрерывное повышение уровня врачебного мастерства, как самого важного фактора влияния на профессиональную репутацию;
- улучшение манеры ведения телефонных разговоров с пациентами;
- отработка стильной и удобной униформы для персонала;
- издание каталога услуг клиники;
- разработка собственного интернет-сайта;
- создание компьютерной сети клиники с установлением компьютера в каждом кабинете;
- наличие возможности предложений относительно широкого спектра услуг и материалов как важного фактора влияния на решение пациента воспользоваться услугами клиники;
- изготовление привычки обращаться к пациентам по имени, приветствуя и прощаясь с ними;
- возможность продемонстрировать перед клиентами на выставках и семинарах, где собирается стоматологическая общественность, собственные достижения и завести полезные знакомства.

Кроме того, в концепцию клиники уже с самого начала вошли те

требования к ней, которые бы могли выгодно отличать ее от других частных стоматологических структур в направлении высокой конкурентоспособности и выхода на мировой рынок стоматологических услуг, в частности:

а) организационные:

- удобное местоположение клиники;
- современное оборудование и специализировано оснащение, чистота и стерильность;
- удобный для пациентов режим работы, в том числе без выходных и работа до последнего больного;
- доступность неотложной помощи;
- высокий уровень организации работы лечебных и диагностических кабинетов;
- опрятность, коммуникабельность и дружелюбный персонал;

б) относительно спектра услуг:

- наличие полного спектра стоматологических услуг;
- предоставление помощи разным группам населения (детям, инвалидам, беременным и др.);
- наличие вариантов оплаты услуги (наличного, кредитной карточкой, путем перечисления и др.);
- наличие специалистов узкого профиля (ортодонт, имплантолог, парадонтолог и др.);
- предоставление специальных медицинских услуг (премедикация, общая анестезия), наличие палаты для наблюдения и отдыха после общего наркоза;
- использование врачами новейших методик (коффердамов, компьютерного подбора цветов и формы зубов и др.);
- объяснение врачом содержания диагностической процедуры (аппаратное обследование пародонта, визиография, аксиография) и манипуляций на диагностических моделях и фантомах;

- особые услуги (вызов такси, организация экскурсий, бронирование отеля).

Если рассматривать понятие имиджа как искусства управлять впечатлениями, то значительная его часть приходится на имидж медицинского персонала клиники, то есть его восприятие другими людьми. Предложенные нами составные имиджа врача-стоматолога и персонала клиники представлены в таблице 39.

Таблица 39

Составные имиджа врача и персонала стоматологической клиники ККЦДИ

Составные имиджа	Признаки имиджа
Профессиональная компетентность	Профессиональная высококвалифицированная подготовка
	Четкость в выполнении должностных обязанностей
	Точность и качество выполнения работы
	Информированность (готовность предоставить ответ на вопрос, которые интересуют пациента)
	Мобильность (скорость и качество обслуживания)
Культура	Коммуникабельность (приветливость в общении)
	Конфиденциальность в работе с пациентами
	Правильность языки
	Психологическая стойкость
Социально-демографические и физические данные	Возраст
	Пол
	Образование
	Отсутствие физических дефектов
Визуальный имидж	Чистая одежда и обувь
	Аккуратная прическа
	Ограничение в использовании украшений и косметики
	Здоровые десна и зубы

Концептуальные подходы к формированию имиджа клиники предусматривали и проведение соответствующих коррекционных мер, направленных на его поддержание и улучшение деятельности клиники с использованием ряды принципов:

- положительной стимуляции — достижение желательных изменений; путем разных форм поощрения персонала;
- положительных изменений — планомерного осуществления обоснованных мер по устранению «слабых мест» в деятельности системы (немедленного и перспективного реагирования);
- положительного функционального информирования — доведения к подчиненным сведений относительно полезных начинаний, экономических и престижных достижений клиники, поощрение сотрудников и т.п.;
- динамической материальной стимуляции — воплощение системы присвоения внутренних категорий и критериев оценки персонала и соответствующей оплаты труда персонала за достигнутый уровень профессионализма: у врачей — за качество лечения и предоставление услуг, ассистентов и администраторов — за качество выполнения должностных обязанностей и функций в обслуживании пациентов;
- коррекции кадрового менеджмента — путем тщательного отбора кадров, процедуры адаптации нового персонала, перегруппировка коллектива за признаками психологической совместимости, перспективной системы командировок для обмена опытом работы в других городах России и мира.

Клиника как учебный центр. Внедрение системы непрерывного обучения персонала клиники, как это и предполагалось Уставом ККЦДИ, стало основанием для создания отдельного структурного подраздела — учебно-методического отдела (ныне учебного центра, УЦ), наличие которого позволило бы отследить новейшие мировые прогрессивные стоматологические технологии и внедрять их в практике с целью конкурентоспособности на рынке стоматологических услуг.

Главные цели УЦ ККЦДИ:

- ✓ регулярное знакомство врачей-стоматологов с последними достижениями мировой стоматологии - в области имплантологии, эндодонтии,

рационального протезирования, ортодонтии, лазерных технологий и т.п.;

- ✓ повышение уровня знаний врачей о современных мировых методах диагностики стоматологических заболеваний;
- ✓ усовершенствование теоретической и практической подготовки и мануальных навыков врачей-стоматологов.
- ✓ формирование УЦ, как базы внутреннего и внешнего обучения, предусматривало решение по крайней мере трех проблем:
- ✓ создание его материально-технической базы;
- ✓ постоянное пополнение необходимой современной научной информацией;
- ✓ привлечение к работе в нем известных ученых и специалистов-стоматологов, в том числе и заграничных.

В этом отношении администрацией соблюдались критерии, по которым организация проведения обучения, семинаров и конференций должна отвечать определенным условиям, в частности, соответствующему составу лекторов, наличию у них научных степеней и ученых званий, опыта преподавательской деятельности, опыт практической работы.

Материально-техническая база характеризуется тем, что в завершенном виде УЦ имеет в своем распоряжении:

- конференц-зал на 30 мест, оснащенный экраном, мультимедийным проектором, магнитными досками, кондиционером, звуковым оборудованием для проведения конференций и семинаров (микрофоны, усилители, колонки); оборудованием для проведения Интернет-Конференций (веб-камеры, микрофоны); видео оборудованием (телевизоры, видеомагнитофоны, видеокамеры); имеет тематическую видеотеку;
- фантомный класс для наработки практических привычек с инструментарием и оборудованием, соответственно тем занятий;
- зуботехническую лабораторию с современным оборудованием фирмы Sirona (Италия);

- две операционных для клинических демонстраций со стоматологическими установками Diplomat, медицинской мебелью Cosmo (Италия), радиовизиографом, операционным микроскопом;
- методический кабинет с учебными пособиями, учебниками, справочниками, методической литературой.



Рис. 31. Структура учебного центра и его источника информации

Информационное обеспечение УЦ постоянно возобновляется как за счет источников из Интернета, так и материалов собственных клинических исследований и наблюдений (рис. 31).

На методический отдел УЦ возлагались обязанности проведения собственных программ учебных курсов, семинаров, конференций, обучение врачей в интернатуре, индивидуального обучения врачей-стоматологов, ассистентов и зубных врачей и техников, администраторов и руководителей специализированных подразделов клиники, а также организация обучения среднего и вспомогательного персонала по схеме: теория — фантомный курс — практика — получение сертификата. В качестве лекторов приглашались

сотрудники кафедры стоматологии ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет», иностранные специалисты из разных стран мира (проф. Вольф-Дитер Гримм, Германия, проф. Ананд, Индия и др.).

Вывод

Таким образом, формирование модели краевого клинического центра дентальной имплантологии с завершенным циклом предоставления стоматологической услуги может рассматриваться как один из методов повышения эффективности оказания высококвалифицированной стоматологической помощи населению, за счет унификации эргономики условий труда врача-стоматолога, расширения спектра оказываемой стоматологической помощи, соблюдения экономических, социальных и этических норм и приоритетов[250], постоянного совершенствования лечебного, научного и учебно-методического потенциала коллектива.

[250] Проблемы стоматологической этики регулярно освещаются в журнале «Биоэтика»: Михальченко Д. В., Засядкина Е. В.Этические риски во взаимоотношениях врача-стоматолога и пациента// Биоэтика. – 2011. - №2. – С.42-45; Мажаренко В. А., Рева И. Е. Этические проблемы взаимоотношения врачей-стоматологов и среднего медицинского персонала// Биоэтика. – 2011. - №2. – С. 45-47; Варгина С. А., Соломатин М. М.Этика научных исследований в стоматологии// Биоэтика. – 2011. - №2. – С.48-50; Шкарин В. В., Кондрашов А. А. Этические комитеты в стоматологии// Биоэтика. – 2011. - №2. – С. 50-52; Шмидтмайер Рут (Schidmaier Rutt)Ответственность врачей-стоматологов за качество медицинской помощи (опыт Германии) // Биоэтика. – 2011. - №2. – С.53-54; Сергеева Н. В., Соломатин М. М. Динамика нормативной регуляции в стоматологии в контексте положений нового ФЗ «Об охране здоровья граждан» (по материалам фокус-группы) // Биоэтика. – 2011. - №2. – С. 54-58; Фирсова И. В., Крайнов С. В., Попова А. Н. Значение биоэтики в реализации геронтологического подхода в стоматологии// Биоэтика. – 20130. - №2. – С. 21-25; Постолаки А. И. Профессор илларион постолаки – основатель молдавской школы ортопедической стоматологии и основоположник ее биоэтического направления// Биоэтика. – 2013. - №2. – С. 53-57; Мажаренко В. А. Этические риски профессиональных ролей в стоматологии// Биоэтика. – 2010. - №2. – С. 37-38; ВарагинаС. А. Феминизация стоматологии меняет нравственные отношения в ней // Биоэтика. – 2010. - №2. – С. 43-44; Хуссейн М. Исмаил Этическая природа этнических отношений в стоматологии // Биоэтика. – 2010. - №2. – С. 48-49; Нецепляев Д. А. Этико-правовой статус пациента стоматологической практики // Биоэтика. – 2010. - №2. – С. 49-51; Варгина С.А. Прошин П.В., Филимонов А.В. Этические проблемы в стоматологической практике // Биоэтика. – 2008. - №1. – С. 53 – 55.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ
АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование подтвердило выдвинутую во Введении гипотезу и позволило детализировать ее основные положения.

Анализ литературных источников относительно современных подходов к усовершенствованию государственной и частной стоматологической практики экономически развитых стран Европы свидетельствует о том, что преимущества развития имеют те структуры, и те стоматологические сообщества, которые направлены на создание мощных многопрофильных стоматологических учреждений.

Достижение главной цели исследования — научного обоснования, разработки и реализации системы институциональных мероприятий, повышающих эффективность стоматологической имплантологической помощи больным на региональном уровне на примере Ставропольского края, нуждалось в разработки специальной программы с использованием клинических и социологических методов, которая предусматривала несколько этапов, для решения поставленных во Введении задач.

Первый этап исследования предусматривал анализ научной литературы, посвященной основным этапам становления и развития стоматологической имплантологической службы, а также современных взглядов на рынок стоматологических услуг в условиях частной практики, и выявление в нем основных тенденций развития мировой стоматологии.

Последнее обеспечивалось, в основном, путем личного ознакомления с деятельностью руководящих стоматологических организаций ряда государств Европейского региона во время участия в разных международных стоматологических форумах.

Кроме того, в задачи первого этапа входило получение данных подтверждающих целесообразность применения метода клинической диагностики стоматологического статуса, предложенного ВОЗ (1997), а

также метода клинико-эпидемиологической оценки стоматологического здоровья населения. С целью изучения стоматологического здоровья, распространенности стоматологических заболеваний проведено клинико-эпидемиологическое обследование 1218 школьников в возрасте от 7 до 18 лет с определением индексов DAI, КПУ, КПИ. Помимо этого, путем анкетирования проведено информационно-аналитическое изучение состояния здоровья детей, частоты и структуры их заболеваемости, влияния генетически обусловленных и врожденных негативных факторов, состояния здоровья матерей во время беременности. Проанализированы также характер питания детей, каков их рацион, их ориентация в рациональности, сбалансированности питания, владение навыками гигиены. Это дало возможность опосредовано оценить состояние соматического здоровья, реактивность организма, знания детей вопросов, касающихся сохранения стоматологического здоровья, и, следовательно, определить перспективы потребности населения в имплантологической помощи в недалеком будущем.

Большое значение при анализе имплантологической помощи в исследуемых стоматологических учреждениях имел и социальный состав, и особенности обращаемости пациентов с учетом их возрастно-полового состава, социального статуса и уровня дохода.

Комплексное применение клинических и социологических методов позволило выяснить, что возрастная и половая структура обращаемости населения в государственные и частные учреждения за имплантологической стоматологической помощью имеет как сходства, так и серьезные различия, связанные в основном с неоднородным социальным составом обратившихся и уровнем их доходов. Преимущественно в имплантологической стоматологической помощи нуждаются лица в возрасте 30-39 и 40-49 лет, среди которых женщин в 2 раза больше, чем мужчин. Необходимо отметить, что и социальный состав обращающегося населения в указанные учреждения отличается значительно, так в ГСП преимущественно обращаются служащие

и пенсионеры. В коммерческую структуру - предприниматели, а также служащие, но с более высоким уровнем дохода. Ведущим фактором обращаемости вне зависимости от типа учреждения является качество оказываемой в нем стоматологической помощи.

При разработке модели нового имплантологического центра был изучен уровень организации материально-технического обеспечения стоматологических отделений в медицинских организациях Ставропольского края различных форм собственности.

Результаты проведенного исследования показали, что материально-техническое оснащение стоматологических кабинетов в государственных и муниципальных медицинских стоматологических организациях Ставропольского края практически уступают частным. В ГСП и требуется улучшение уровня материально-технического оснащения инновационным стоматологическим оборудованием для оказания профилактической, имплантологической, ортопедической и лечебно-диагностической помощи жителям Ставропольского на более высоком качественном уровне.

Таким образом, сравнительный анализ состояния материально-технической базы исследуемой частной стоматологической клиники с комплексным предоставлением помощи установилвысокую финансовую возможность относительно приобретения современного высокотехнологического оборудования, без которого невозможно дальнейшее оказание качественной профессиональной стоматологической помощи, и как следствие — привлечение значительного количества пациентов, обеспечение их нужд в рыночных конкурентных условиях за счет поддержки высокого имиджа клиники.

Вместе с тем, проблема профилактики осложнений при хирургических вмешательствах, способных оптимизировать течение остеоинтегративных процессов после дентальной имплантации, также остается одной из основных при лечении адентии с использованием имплантатов.

Информация о подобных осложнениях и их профилактике в различных регионах Российской Федерации, безусловно, необходима как для специалистов и врачей-хирургов, только планирующих освоение методов дентальной имплантации и использования ее в своей стоматологической практике, так и для организаторов практического здравоохранения с целью коррекции программ развития дентальной имплантологии на региональном уровне.

Совершенствование клинических и организационных аспектов дентальной имплантации, соблюдение метода диспансерного наблюдения, применение схемы комплексной профилактики воспалительных осложнений, своевременная информированность пациентов о правилах и технике проведения индивидуальной гигиены полости рта, о необходимых средствах индивидуальной интердентальной гигиены полости рта и ортопедических конструкций на дентальных имплантатах, позволили снизить удельный вес перимплантита на 15,6% и сократить сроки полной реабилитации пациентов.

Поэтому организацию диспансеризации и реабилитации пациентов после дентальной имплантации и профилактики периимплантита в раннем дофункциональном периоде необходимо учитывать при создании новой модели стоматологического учреждения.

Проблеме обеспечения качества оказываемой стоматологической и имплантологической помощи сегодня придается большое значение. В условиях системы медицинского страхования значительно возрастают требования к контролю над качеством стоматологического лечения, дентальной имплантации и последующего зубопротезирования населения. В связи с этим в лечебных учреждениях возникла необходимость активизировать работу по созданию формализованной системы организации, управления и контроля качества, а также определение правового статуса работы экспертных комиссий лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

Наиболее объективной, на наш взгляд, является оценка качества стоматологической и имплантологической помощи «по конечному результату». Критериями, в наибольшей степени отвечающими требованию объективности, выступают динамика клинических показателей и удовлетворительность пациентов. Для определения объективной информации о состоянии контроля качества стоматологической и имплантологической помощи возможно использование разработанной нами «Анкеты по оценке контроля качества стоматологического, имплантологического лечения и зубопротезирования».

Качество оказываемого лечения, как объект оценки, представляет собой конечный продукт взаимодействия врача и больного.

Разработанные критерии дают возможность контролировать и планировать улучшение и стабилизацию качества стоматологического лечения и зубопротезирования пациентов на всех этапах контроля (врач, зав.отделением, зам. главного врача по лечебной работе, эксперт). Контролируя работу медперсонала, можно добиться непрерывного повышения качества лечебной помощи, максимальной удовлетворенности пациентов и медперсонала от выполненной работы, уменьшения числа ошибок при диагностике и лечении пациентов, что позволяет сократить повторные посещения к врачу и расходы от некачественного лечения.

Вовлечение в управление качеством всего медперсонала и переход от инспекционного контроля к самоконтролю исполнителя, формируют у них мотивацию к качественному труду. При проведении экспертизы оценки качества лечения и зубопротезирования пациентов по бальной системе упрощается работа экспертов по анализу деятельности врача и ЛПУ в целом. Чем выше значение среднего балла, тем качественнее оказание медицинской помощи, и наоборот. Показатели качества и эффективности медицинской помощи населению могут быть использованы администрацией ЛПУ для дифференцированной оплаты труда медицинских работников. Внедрение системы контроля качества существенно улучшит качество оказываемой

медицинской помощи, снизит заболеваемость, улучшит профилактическую работу, повысит ответственность медперсонала по оказанию специализированной стоматологической помощи населению.

Оценка конечного результата должна проводиться не по данным статистики и не по совокупности случаев, а по каждому отдельно взятому случаю оказания медицинской помощи. При этом критерием результативности стоматологической помощи должно быть состояние здоровья и удовлетворенности лечением конкретного пациента.

С целью более объективной оценки качества стоматологической помощи для каждой однородной по дисперсности группы пациентов в любом ЛПУ в зависимости от кадрового состава его квалификации и материальной базы, целесообразно разработать и утвердить свои оценочные стандарты:

- результативности и медицинской эффективности;
- нормативной стоимости лечения (т.е. затрат);
- технологий методов диагностики и лечения;
- перечня недопустимых дефектов при оказании данного вида стоматологической помощи.

Предложенные критерии системы контроля и оценки качества оказания стоматологической помощи, в значительной степени облегчат проведение согласованных действий контролирующих органов всех уровней и экспертов при формировании правовой защиты профессиональных действий медицинских работников стоматологического профиля; правовой защиты интересов пациентов в получении и сохранении стоматологического здоровья; в создании условий для координации действий органов управления здравоохранением, фондов ОМС, страховых компаний, судебно-правовых органов в решении проблем оказания стоматологической помощи населению и профилактики стоматологических заболеваний.

Следовательно, основные принципы организации системы контроля и оценка качества оказания комплексной стоматологической и имплантологической помощи на региональном уровне на примере

Ставропольского края могут стать определяющими при планировании образования нового имплантологического центра.

Результаты эпидемиологических и клинико-лабораторных исследований послужили основной для разработки схем комплексного индивидуального имплантологического и ортодонтического лечения с учетом тактики ведения пациента на подготовительном этапе, аппаратурном воздействии на зубочелюстную систему и периоде реабилитации.

Полученные на первом этапе данные стали информационной основой обеспечения второго этапа исследования, посвященного научному обоснованию построения модели прежде отсутствующего в Ставропольском крае и качественно нового типа стоматологического учреждения — краевого клинического центра дентальной имплантологии (ККЦДИ).

Трудности данного этапа состояли не только в отсутствии аналогичных отечественных образцов, а и в несовершенстве действующей законодательной базы медицины в Российской Федерации, в частности, на рынке стоматологических услуг. Поэтому создание и поэтапное формирование ККЦДИ происходило не в соответствии с каким-то единым нормативно-правовым актом, а с использованием отдельных положений разных законов Российской Федерации и Правительственных постановлений, в которых упоминалась государственная и частная практика, и возможности организации структур разных форм собственности. В таких условиях особое значение приобретала разработка основного регулирующего документа и его согласование в соответствующих инстанциях.

Главной задачей третьего этапа исследования стала обработка концептуального подхода к формированию модели и организационных основ первой в Ставропольском крае ККЦДИ с системой комплексной стоматологической помощи по завершенному циклу ее предоставления.

При этом государственные и частные стоматологические клиники рассматривалась как подсистемы будущего ККЦДИ, что нуждалось в определении его особенностей в соответствии с непосредственными

функциями центра, в частности:

- функционально-организационной структуры;
- системы управления;
- механизма управления качеством предоставления стоматологических услуг;
- финансового менеджмента;
- формирование ее имиджа с использованием внешнего и внутреннего дентального маркетинга;
- регламентации отношений с пациентами.

Предусмотренная Уставом ориентация центра и его конкурентноспособность на рынке стоматологических услуг, включала создание в его составе ряда нетрадиционных для стоматологических организаций подразделов, в том числе учебно-методического центра отдела клинических испытаний, организации подготовки прежде отсутствующего в Ставропольском крае специального медицинского персонала для оказания специализированной стоматологической имплантологической помощи.

Завершающим, четвертым этапом исследования стало определение эффективности предложенной модели центра, согласно проведенному сравнительному анализу стоматологических учреждений разных форм собственности, который позволил сопоставить диапазон стоматологических услуг исследуемых организаций, определить их медицинскую, социальную и экономическую эффективность, а также установить степень признания деятельности клиник относительно их места на рынке стоматологических услуг в Ставропольском крае и в системе стоматологической помощи населению.

Научной базой исследования, которое проводилось на протяжении 2011-2014 годов, стали государственные стоматологические поликлиники г. Ставрополя (ГСП) и частные стоматологические клиники с комплексным предоставлением стоматологической помощи.

Обоснованием выбора для исследования вышеупомянутых

стоматологических учреждений, как организаций сравнения, обусловлено необходимостью представления специализированных стоматологических структур, наличием в них положительной динамики развития, в частности исследуемые учреждения, были открыты достаточно давно, имеют лицензии для оказания многопрофильной стоматологической помощи, оснащены специальным оборудованием согласно клиническому направлению;

Сравнительный анализ деятельности указанных медицинских учреждений проводили с использованием количественных методов социологического исследования по наиболее доступным и показательным оценочным критериями, в контексте которых определяли и единицы наблюдения. Перечень стоматологических услуг, их объем и сложность технологий – согласно маркетинговым исследованиям.

Социологические исследования проводили с использованием метода анонимного анкетирования разных групп респондентов (пациентов, врачей), отобранных методом случайной выборки (2011-2013 гг.), а социально-гигиеничная характеристика пациентов, объем и качество стоматологической помощи определяли по результатам экспертной оценки амбулаторных карт больных.

Анализ и статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием современных методов статистического анализа. При этом для обработки количественных величин, использовались традиционные методы параметрической статистики, для анализа качественных признаков, которые выражались, в основном в процентах, были применены непараметрические методы.

Результаты исследования обрабатывали на персональном компьютере с использованием пакетов прикладных программ, в которых реализованы математические методы статистической обработки данных: с помощью пакетов статистических программ с помощью пакетов статистических программ Exel 2007, StatisticaforWindous 5.0. Обработка статистического материала и применения совокупности использованных современных методов

исследования позволила получить репрезентативные данные, положенные в основу научного обоснования модели медицинского учреждения ККЦДИ и определение его медицинской, социальной и экономической эффективности.

В основу концептуальных подходов к формированию качественно нового для Ставропольского края учреждения стоматологической помощи включали:

- современные мировые требования к стандартам предоставления стоматологической помощи и ее комплексное предоставление на основе новейших технологий;
- результаты критического анализа предоставления стоматологических услуг частными и государственными учреждениями в России.

При этом центру отводилась роль не только учреждения по предоставлению полного спектру стоматологических услуг по завершенному циклу, а и, одновременно, выполнения стоматологической структурой функций научно-практического и учебного центра на уровне института, способного внедрять прогрессивные стоматологические технологии, как основы высокого качества и конкурентоспособности.

Формирование подразделов ЦСКСДИ, как составной части институализации дентальной имплантологии, предусматривало бинарный подход в его создании:

а) стратегическую деятельность на рынке стоматологических услуг по достижению лидирующих позиций в Ставропольском крае и Российской Федерации на основе внедрения новых технологий, которые неразрывно связаны с качеством стоматологической помощи. Подбором и повышением уровня квалификации медицинского персонала, маркетинговых исследованиях и непосредственно реализацией стратегии, которая направлена, в частности, на:

- организацию системы согласно требованиям качества оказания стоматологической помощи;
- внедрение международных стандартов качества ISO 9001:2000;
- максимальное удовлетворение возрастающих требований

потребителей в части качества услуг;

- привлечение персонала клиники к управлению качеством на основе системы мотивации и организации обучения;
- взаимовыгодное партнерство; рост благосостояния и социальной защиты сотрудников центра;

б) определении особенностей центра в соответствии с непосредственными его функциями, в том числе - структуры, систем управления, регламентации отношений с пациентами, механизма управления качеством услуг, финансового менеджмента, формирование его имиджа с использованием внешнего и внутреннего дентального маркетинга.

Таким образом, отмеченный институциональный подход требовал создания в составе центра стоматологического отделения с набором традиционных кабинетов и специализированного имплантологического отделения, которые бы отвечало современным европейским образцам. Исследование показало необходимость объединения в одной системе традиционных элементов предоставления стоматологических услуг и качественно новых, отсутствующих в других стоматологических учреждениях.

Исходя из этого, ККЦДИ в завершенном виде состоит из двух подсистем: традиционной для стоматологической практики (регистратуры, отделений терапевтической, хирургической и ортопедической стоматологии; рентгенологического отделения, зуботехнической лаборатории и стерилизационной) и качественно новой (ортодонтического имплантологического и детского кабинетов; кабинетов гигиены и профилактики, реставрации, физиотерапии, косметологии; отдела клинических испытаний и филиалов центра), которые функционально взаимодействуют между собой и со структурами ККЦДИ. Отдельным элементом новой подсистемы стал учебный центр, который, наряду с отделом клинических испытаний является абсолютно новым элементом в Ставропольском крае.

Функциональное объединение и взаимодействие традиционных и новых элементов центра, как системы, предало ему новые интегративные качества.

Если традиционные компоненты обеспечивают основной лечебный стоматологический процесс, то новые содействуют расширению его диапазона, то есть введению новых видов стоматологических услуг с современными технологиями в соответствии с запросами пациентов.

Приоритет качества предоставления стоматологических услуг обусловил необходимость формирования соответствующей системы управления, что содействовало внедрению предложенной модели ведения пациента, как составного инструмента управления качеством. Первый ее этап предусматривал проведение в специальном кабинете первичной диагностики с дальнейшим уточнением и установлением диагноза, определение объема и содержания диагностических манипуляций, привлечение сопредельных специалистов, а следующий — планирование комплексного лечения и его согласование с пациентом.

Существенным в модели ведения пациентов является контроль над повторными вызовами, который осуществляется с использованием введенной компьютерной программы, объединяющей управление лечебным процессом с административным управлением центра и учитывающей все этапы ведения пациента - от регистратуры, через лечебные кабинеты к бухгалтерии и статистической отчетности.

Неотъемлемой составляющей механизма управления качеством услуг стало внедрение в деятельность клиники международных стандартов ISO серии 9001:2000, которые приобрели для центра не только регулирующее, но и управленческое значение, что позволит ему, первому в Ставропольском крае среди стоматологических учреждений, получить сертификат качества.

Наличие в законодательстве Российской Федерации недостатков и упущений, несовместимых с требованиями стоматологической практики в части регламентации отношений с пациентами, стало основанием для разработки специального типичного Договора о предоставлении платных услуг, который, защищая клинику, врача и пациента, одновременно выполняет управленческую, социальную и финансовые функции, а также гарантирует

качество помощи. Принципиальным разделом Договора является Информированное согласие пациента на медицинское вмешательство, которое отвечает постулатам концепции его правовой защиты в большинстве демократических государств и служит страхованием профессиональных рисков врачей[251].

На постоянное повышение качества предоставления услуг по использованию новейших технологий направлена и деятельность учебного центра в составе, которого имеется операционная для клинических демонстраций, учебная зуботехническая лаборатория, фантомный класс и методический кабинет, информационное обеспечение которого постоянно обновляется, в частности, за счет сети Интернет и библиотеки. Центр станет местом проведения научно-практических отечественных и международных конференций, семинаров, мастер-классов с участием ведущих специалистов-стоматологов, в том числе и зарубежных.

Важным разделом в проекте Центра стало обучение персонала. В основу последнего лег принцип «единой команды», который включал конкурсный отбор персонала, его обучение и повышение квалификации, первичную и периодическую аттестацию, контроль качества работы, адекватную систему мотивации персонала к качественной работе, рациональную организацию рабочего процесса, усовершенствование корпоративной культуры.

Достижение объективности и качества в конкурсном отборе персонала обеспечивается прохождением для кандидатов в сотрудники так называемого «маршрута внутреннего обучения» по дифференцированному принципу в соответствии с конкретной должностью.

Профилактическая направленность в деятельности клиники стала основанием для организации в ней подготовки, прежде отсутствующих в Ставропольском крае, специалистов-гигиенистов стоматологического дела не только для собственных нужд, а и для других профильных организаций страны.

[251] Соломатина Е.С. Реализация концепции информированного согласия пациента в стоматологической практике//Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Волгоград. – 2014.

Неотъемлемой составляющей модели ККЦДИ явилась постоянная внешняя и внутренняя маркетинговая деятельность в двух направлениях: привлечение и сохранение платежеспособных пациентов и формирования имиджа центра, а также применение «технологического маркетинга», то есть внедрение новых методик и технологий, способных привлечь новых пациентов: лазерное отбеливание зубов и имплантация зубов; использование золотых и титановых сплавов; эстетическое микропротезирование и т.п.

Обеспечение лидирующих позиций ККЦДИ на краевом стоматологическом рынке услуг и его выход на мировой рынок неразрывно связан с развитием международных связей в части использования продуктов стоматологического назначения ведущих производителей мира и новейших прогрессивных технологий. Совместная деятельность центра с партнерами из Италии, Германии, Франции, США, Индии, Швейцарии, Словении в предоставлении стоматологического и рентгенологического оборудования и стоматологических материалов, позволило обеспечить качественно новую диагностику и лечение стоматологических больных, и способствовало также подготовке сервисных инженеров на базах фирм-партнеров.

В экономическом управлении центром ориентир делается на возрастающую прибыль. Руководящее место отведено финансовому менеджменту, способному обеспечить бесперебойную и эффективную его деятельность. При этом самой важной его составной частью стала политика ценообразования, поскольку определение цены влияет на такие основные параметры бизнеса, как объем реализации, прибыль, конкурентоспособность услуги и прочее. В основу предложенной этапности определения цены услуги лег учет влияния на нее внутренних и внешних факторов и объединения нескольких методов ее формирования, в частности, затратного и традиционного, а также метода первичного учета затрат на конкретную услугу согласно нормативных затрат.

Постепенное наращивание мощностей центра позволит структурировать его как систему, состоящую из пяти подсистем: четырех отделений

(терапевтического, хирургического, ортопедического, рентгенологического) и зуботехнической лаборатории. Их интеграция обеспечит предоставление широкого диапазона стоматологических услуг неотложной и плановой терапевтической, хирургической, пародонтологической, ортопедической, ортодонтической, имплантологической помощи, помощи в области детской стоматологии и рентгенодиагностики с использованием современного оборудования и новейших технологий.

Эффективность внедрения предложенной модели ККЦДИ определяли в сравнении с деятельностью избранных для исследования государственных и частных стоматологических структур с комплексным предоставлением помощи. Данные сравнения свидетельствуют, что, в противоположность другим исследуемым стоматологическим структурам, центр будет более мощной организацией с наличием в нем всех необходимых структур для комплексного предоставления стоматологической помощи по завершенному циклу: терапевтическое, хирургическое, пародонтологическое и ортопедическое отделение, рентгентгенологическое, ортодонтическое, эндодонтическое, физитерапевтическое, косметологическое отделение и кабинеты гигиены и детского приема, зуботехническая лаборатория, стерилизационная, которые нацелены на оказание высококвалифицированной имплантологической помощи. Кроме того, на базе ККЦДИ располагаются учебный и коммерческий центры. Учреждения сравнения представлены только традиционным набором стоматологической помощи в виде терапевтического, хирургического, ортопедического, ортодонтического и рентгенодиагностического кабинетов, стерилизационной и зуботехнической лаборатории, которые и оказывают имплантологические услуги, но не в полном объеме, а это влияет и на ассортимент, и на качество предоставления услуг.

Исследование показало, что финансовая деятельность частной клиники позволила оснастить ее наиболее современным ценным оборудованием, удельный вес которого в ортопедическом отделении составляет 80,6%, хирургическом — 74,2%, рентгенологическом — 66,7%, терапевтическом —

62,3%, против 19,4; 25,8; 33,3; 37,7% в аналогичных подразделениях государственного лечебного учреждения.

При имеющейся тенденции к его постоянному обновлению ККЦДИ, в связи с приобретением новейших технологий и отсутствием возможности для постоянного своевременного усовершенствования сравниваемых стоматологических структур, центр будет опережать в своем развитии имеющиеся стоматологические учреждения в Ставропольском крае.

Таким образом, подробно проведенный анализ оказания комплексной имплантологической помощи в стоматологических учреждениях Ставропольского края разных форм собственности, учитывающий все показатели работы данных учреждениях показал, что предложенная модель создания ККЦДИ в наибольшей степени соответствует задаче институализации дентальной имплантологии как современной подотрасли стоматологии.

ВЫВОДЫ

1. Инвариантом научных исследований последних лет в области стоматологии является признание ведущей тенденцией институализацию стоматологической помощи ее специализацию. Наиболее совершенной формой в иерархии организационных структур стоматологической службы являются специализированные центры, обеспечивающие комплексное оказание стоматологической помощи и преемственность при лечении патологии любой тяжести, с учетом последующего ортопедического восстановления.

2. Формирование потребности в имплантологической помощи начинается в детстве. Анализ стоматологического статуса детей и подростков показывает, что существуют две группы риска, определенные нами как группы потенциальных потребителей имплантологической помощи во взрослом возрасте. Первая группа – дети с зубочелюстными аномалиями, которые однозначно будут нуждаться в ортодонтической и ортопедической коррекции. В этой группе показатели СУЗ находились в пределах от 20 до 80%, их них 63,2% пробандов имели стоматологический уровень здоровья в пределах 60-80%, а у 36,8% обследованных он был ниже 50%. Здесь очевидна роль клинических факторов. Вторая группа (в среднем, от 21% до 24%) – дети, стоматологический статус которых может ухудшаться под влиянием социальных факторов (семейное воспитание, недостаток профилактических мероприятий в условиях школьного обучения). Данная группа может быть переориентирована путем активной профилактики, привлечения родителей и школьных учителей к ее проведению. В этом случае такие дети не будут нуждаться в помощи имплантолога-стоматолога во взрослом возрасте.

3. По результатам исследования составлен **социальный портрет** типичного потребителя услуг государственной и частной имплантологической стоматологической помощи:

ГСП	*ЧАСТНАЯ КЛИНИКА*
Женщина (66,12%), с высшим образованием (69,1%), в возрасте 50-59 лет (83,3%), со средним уровнем дохода (60,66%), которую привлекает качество обслуживания (85,5%). Обратилась в данное медицинское учреждение по рекомендации знакомых (7,47%), полностью удовлетворена оказанной стоматологической помощью (85,5%), хотя считает цены на услуги для себя высокими (36,9%).	*Женщина (65,48%), с высшим образованием (71,8%), в возрасте 40 – 49 лет (43,62%), со средним уровнем дохода (57,1%), обратившаяся в данную клинику в связи с высоким качеством обслуживания (60,1%) по рекомендации знакомых (34,3%). Считает цены на услуги вполне приемлемыми (67,6%), а обслуживание отличным (84,1%).*

4. Определены диспропорции в техническом оснащении государственных и частных стоматологических клиник. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в ортопедическом отделении клиники ЧСЗ в количественном соотношении оборудования в 4,2 раза больше, чем в ГСЗ и при этом его удельный вес составляет 80,6% против 19,4% соответственно. Количество специализированного оборудования в хирургических отделениях в клинике ЧСЗ в 2, 9 раза превышает показатель в ГСЗ, а удельный вес единиц оборудования государственной клиники составляет 25,8% против 74,2% в частной. При общем количестве единиц оборудования — 69 наименований, удельный вес его ГСЗ-1составил 37,7% против 62,3% в частной клинике. Диагностические процедуры рентгенологического контроля в ГСЗ обеспечиваются лишь стандартным рентгенологическим аппаратом, при этом удельный вес оборудования составляет 33,3% против 66,7% в клинике ЧСЗ.

5. По результатам опроса составлен **профессиональный портрет** типичного врача-имплантолога, практикующего в крупном промышленном городе:

Мужчина (92,9%), до 30 лет (52,9%), имеющий первую врачебную категорию (24,0%) и стаж работы до 10 лет (72,2%), практикующий в частной клинике (67,5%). В работе предпочитает использовать импортные (54,9%) «винтовые» (44,8%) имплантанты, не удовлетворен тем, что часто приходится пользоваться устаревшим оборудованием и устаревшими методами, как, например, внутриротовыми прицельными близкофокусными рентгенограмми (59,4%). В своей практике отмечает большее количество

осложнений, чем у стажированных коллег (72,2%). Наиболее частыми осложнениями хирургического этапа дентальной имплантации считает кровотечение (55,8%), послеоперационного этапа - гайморит (45,3%). Остро нуждается в повышении квалификации, поскольку не отличается компетентностью в некоторых важных профессиональных вопросах: не знает о возможном наличии нескольких нижнечелюстных каналов (79,5%), о связи формы лицевой части черепа человека с особенностями расположения верхнечелюстного синуса по отношению к альвеолярной части верхней челюсти (68,4%), не использует в своей работе отечественные аппараты типа ЭОМ или портативные дигги-тестеры импортного производства (87,5%), хотя имеет представление о пороге электровозбудимости пульпы интактных зубов в 2-6 мкА (64,7%).

6. Проблема профилактики осложнений при хирургических вмешательствах, способных оптимизировать течение остеоинтегративных процессов после дентальной имплантации, остается одной из основных при лечении адентии с использованием имплантатов. Этот факт подтверждается анализом жалоб пациентов: наиболее распространенные осложнения - перфорации верхнечелюстного синуса (49,7%) и нижнечелюстного канала (12,3%), а также интраоперационное кровотечение (5,7%).

7. . Сокращение сроков полной реабилитации пациентов после операции дентальной имплантации в частных стоматологических клиниках обусловлено внедрением критериев системы контроля и оценки качества оказания стоматологической помощи. Снизить удельный вес перимплантита (до 15,6%) и сократить сроки полной реабилитации пациентов позволяет выполнение следующих условий:

- совершенствование клинических и организационных аспектов дентальной имплантации,
- соблюдение метода диспансерного наблюдения,
- применение схемы комплексной профилактики воспалительных осложнений,
- своевременная информированность пациентов о правилах и технике проведения индивидуальной гигиены полости рта и ортопедических конструкций на дентальных имплантатах,

8. Для профилактики личностно провоцируемых рисков оказания имплантологической помощи наиболее эффективна система контроля качества, основанная на балльной системе. Показатели качества и эффективности медицинской помощи населению могут быть использованы администрацией ЛПУ для дифференцированной оплаты труда медицинских работников. Оценка конечного результата должна проводиться не по данным статистики и не по совокупности случаев, а по каждому отдельно взятому случаю оказания медицинской помощи. При этом критерием результативности стоматологической помощи должно быть состояние здоровья и удовлетворенности лечением конкретного пациента. Это предполагает проведение социологического мониторинга удовлетворенности пациентов и активизации деятельности локальных этических комитетов.

9. Наиболее эффективной в плане институализации имплантологической помощи на региональном уровне является разработанная в исследовании и внедренная в практику модель регионального клинического центра дентальной имплантологии с завершенным циклом предоставления стоматологической услуги. Предметом деятельности такого Центра является::

- медицинская практика: терапевтическая стоматология, ортодонтия, хирургическая стоматология, дентальная имплантология, детская стоматология, рентгенология;
- предоставление стоматологической (неотложной и плановой) терапевтической, хирургической, ортопедической помощи населению в амбулаторном и стационарном порядке;
- предоставление медицинской помощи и осуществление консультативно-диагностических, профилактических лечебно-оздоравливающих, санитарно-образовательных услуг юридическим лицам и гражданам;
- внедрение в действие новых медицинских технологий лечебных мер и процессов, разработки новых медицинских методик и программ;
- выполнение научно-исследовательской работы, учебные мероприятия по повышению квалификации и переподготовке врачей.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для государственных стоматологических учреждений рекомендуется автоматизация ведения медицинской документации, учета и анализа статистической отчетности, при определении стоимости услуги предлагается ввести, как обязательную составную, расчеты норм затрат расходных материалов на каждую стоматологическую услугу.

2. Для частных стоматологических учреждений рекомендуется использование предложенной модели краевого клинического центра дентальной имплантологии с завершенным циклом предоставления стоматологической помощи в части предоставления услуги (лечение и сервиса); использование разработанной модели подбора, адаптации и контроля эффективности деятельности персонала; использование предложенной схемы беспрерывного обучения медицинского персонала; использование разработанной системы контроля качества оказываемых стоматологических услуг.

3. Для оценки нуждаемости и определения потребности населения в квалифицированной стоматологической и имплантологической помощи при вторичной адентии рекомендуется проводить клинико-эпидемиологические исследования и анкетирование.

4. Для динамического развития ККЦДИ рекомендуется расширить показания к проведению дентальной имплантации за счет внедрения инновационных медицинских технологий на хирургическом и ортопедическом этапах оказания стоматологической помощи.

5. Для снижения числа осложнений после проведения операции дентальной имплантации рекомендуется использовать реабилитационные мероприятия с последующим активным диспансерным наблюдением пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуренкова О. В. Анализ динамики изменения экономической стратификации современного российского общества / О. В. Гуренкова // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). Красноярск: Научно - инновационный центр, 2011. № 1(05). URL: http://sisp. nkras. ru/e - ru/issues/2011/01/1. pdf (Дата обращения: 20. 05. 2011г.).

2. Данилевский, Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко // Киев, 2010. - 460 с.Данилова Н. Б. Научное обоснование оптимизации трудового процесса врачей - стоматологов терапевтического профиля: Дис. на соиск. учен.степ. канд. мед. наук. / Н. Б. Данилова. – СПб., 2004. – 263 с.

3. Дахкильгов, М. У.-Г. Эпидемиологическое исследование распространённости и интенсивности заболеваний зубов и пародонта у населения республики Ингушетия, определение потребности в стоматологической помощи / М.У-Г. Дахкильгов // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2011. - 24 с.

4. Деларю В. В. Конкретные социологические исследования в медицине. / В. В. Деларю. – Волгоград: ВГУМУ. – 2005. – 97 с. Денисова И. А. Состояние стоматологической лечебно - профилактической помощи в учреждениях негосударственного сектора / И. А. Денисова, В. М. Гринин // Стоматология для всех. - 2004. - №2. - С. 38-40.

5. Абрамова, Н.Е. Теория и практика, применения герметиков в сочетании с реминерализирующими составами при профилактике кариеса зубов у детей / Н.Е. Абрамова, В.А. Дрожжина, Ю.А. Федоров [и др.] // Новое в стоматологии (Спец. выпуск). - 2006. - № 4. - С. 25-40.

6. Авраамова, О.Г. Использование фторидсодержащих зубных паст в системе профилактики основных стоматологических заболеваний у детей

(Планирование и эффективность) / О.Г. Авраамова // Дис. … докт. мед. наук. - М., 2005. - 252 с.

7. Авраамова, О.Г. Процессы реминерализации и проницаемости эмали зубов при гигиене полости рта / О.Г. Авраамова // V съезд Стоматологической Ассоциации России: науч. тр. - М. - 2009. - С. 39-40.

8. Агафонов, Ю.А. Опыт организации первичной профилактики кариеса зубов у школьников / Ю.А. Агафонов // Вопросы организации и экономики в стоматологии: сб. науч. тр. - Екатеринбург, 2014. - С. 23-26.

9. Адмакин, О.И. Стоматологическая заболеваемость населения в различных климато-географических зонах России. // Дис. … канд. мед. наук. - М., ММСИ, 1999. - 210 с.

10. Алексенко В. Н. География Ростовской области: учебник. / В. Н. Алексенко, М. И. Мартынова // – Ростов-на-Дону: ООО «Терра», 2005.–120 с.

11. Алимский А. В. Мотивация обращаемости населения за стоматологической помощью в частные структуры / А. В. Алимский, Лемберг Н. А., Рабинович И. М. // Клиническая стоматология. М., 2009. - №1. - С. 74 - 76.

12. Алимский А. В. Роль и место организации и управления стоматологической службой страны в условиях рыночных отношений / Алимский А. В. // Экономика и менеджмент в стоматологии. - 2009. - №1(27). - С. 14 - 17.

13. Алимский, А.В. Географические закономерности распространенности кариеса зубов / А.В. Алимский // Организация стоматологической помощи и вопросы ортопедической стоматологии: тезисы Всесоюз. съезда стоматологов. - М., 1987. - Т. I. - С. 4-5.

14. Алимский, А.В. Перспективы развития стоматологической службы в Российской Федерации / А.В. Алимский // Стоматология для всех. - 2004. - № 2. - С. 38-42.

15. Алимский, А.В. Стоматологическая помощь детям в регионах с различным содержанием фтора в питьевой воде / А.В. Алимский, Р.К. Алиева // Стоматология для всех. - 2009. - № 6. - С. 44-45.

16. Альтернативные системы стоматологического обслуживания: доклад Комитета экспертов ВОЗ // Женева, 2008. - 62с.

17. Анализ основных показателей здоровья и деятельности учреждений здравоохранения Ростовской области в 2007 - 2008 годах // Статистический сборник №6. - Ростов-на-Дону. – 2009. – 26 с.

18. Андреенкова А. В. Россия в Европе: по материалам международного проекта «Европейское социальное исследование». / А. В. Андреенкова, Л. А. Беляева // – М.: «Academia». 2009. – 384 с.

19. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. / П. К. Анохин - М.: Медицина. - 1975. - 232 с.

20. Арсеенкова О. Ю. Медико-социальные аспекты оптимизации профилактики осложнений беременности по фактору стоматологическое здоровье: автореферат дис. … канд. мед. наук. / О. Ю. Арсеенкова - М., 2012. – 22 с.

21. Афанасьева О.Ю. Причины, содержание и способы управления конфликтами в стоматологии// Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Волгоград. – 2006.

22. Ахатова, Д.М. Эффективность оперативно-восстановительного лечения кариеса зубов у школьников / Д.М. Ахатова, Л.А. Марапова, З.Р. Сейдаметова // Профилактика, лечение кариеса и его осложнений у детей: сб. науч. тр. - Казан, мед. ин-т. - Казань, 2009. - Т. 72. - 169с.

23. Аширов, К.А. Динамика свойств эмали постоянных зубов у детей различного возраста при применении фторсодержащих зубных паст / К.А. Аширов // Стоматология. - 2014. - № 2. - С. 15-17.

24. Бажанов, Н.Н. Использование иммунологических показателей для оценки тяжести течения пародонтита и эффективности лечения / Н.Н.

Бажанов, Г.П. Тер-Асатуров, В.Ю. Кассин [и др.] // Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 15-18.

25. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология / Г. М. Барер. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2008. – 224 с.

26. Басманова, Е.В. Некоторые проблемы дополнительного профессионального образования в стоматологии / Е.В. Басманова, Н.В. Морозова, В.В. Ломагин // Пути совершенствования последипломного образования специалистов стоматологического профиля. Актуальные проблемы ортопедической стоматологии и ортодонтии: тезисы. - М., 2012. - С. 36-38.

27. Бахмудов, Б.Р. Распространенность и интенсивность кариеса и санитарно-гигиенические навыки ухода за полостью рта у беременных женщин / Б.Р. Бахмудов, З.Б. Бахмудова // Стоматология. - 2010. - № 3. - С. 12-14.

28. Бахтурина, Г.И. Применение кальцийсодержащих пищевых добавок в профилактике кариеса зубов у детей дошкольного возраста / Г.И. Бахтурина, В.В. Алямовский // V съезд Стоматологической Ассоциации России: сб. науч. тр. - М., 2009. - С. 41-42.

29. Бачков И. В. Введение в профессию «психолог»: Учеб. пособие / В. И. Бачков, И. Б. Гриншпун, Н. С. Пряжников; Под ред. И. Б. Гриншпуна. - Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2004. – 464 с.

30. Беленова, И.А. Влияние водородного показателя пломбировочных материалов на обмен ионов кальция в эмали зуба, возникновение рецидивного кариеса / И.А. Беленова // Автореф. дис. … канд. мед. наук. - Воронеж, 2008. - 22с.

31. Беляков, Ю.А. Наследственная патология эмали и дентина. Обзор молекулярно-генетических исследований / Ю.А.Беляков, В.М. Елизаров, В.А.Кротов [и др.] // Стоматология. - 2010. - № 1. - С. 8-9.

32. Бокая, В.Г. Мотивация населения к участию в профилактике кариеса зубов путем ограничения потребления сахара / В.Г. Бокая // Управление,

организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны: тр. ЦНИИС. - 2009. - С. 131-135.

33. Болгов С. В. Прогнозирование стоматологической заболеваемости по медико - биологическим и социально - гигиеническим факторам риска. / С. В. Болгов, К. А. Разинкин, О. Н. Чопоров. // Врач - аспирант. - 2011. - Т. 49. - № 6.2. - С. 294 - 301.

34. Борданова, Т.М. Возможность прогнозирования кариеса зубов у детей дошкольного возраста / Т.М. Борданова // Актуальные проблемы медицины: тез. краевой науч. конф. стоматологов. - Ставрополь, 2005. - С. 239- 241.

35. Борисенко Л. Г. Мониторинг основных показателей стоматологического здоровья / Л. Г. Борисенко // Стоматологический журнал. – 2004. – №2. – С. 13 - 15.

36. Боровский, Е.В. Влияние минерализирующих растворов на состояние эмали и поражение зубов кариесом / Е.В. Боровский, Ю.А. Агафонов // Стоматология. - 2013. - № 2. - С. 58-59.

37. Боровский, Е.В. Леонтьев В.К. Биология полости рта / Е.В. Боровский, В.К. Леонтьев // М.: Медицина, 2011. - 304 с.

38. Боровский, Е.В. Пути повышения качества лечебной работы, Е.В. Боровский // Стоматология. - 2007. - № 1. - С. 65-68.

39. Боровский, Е.В. Распространенность и интенсивность кариеса зубов и болезней пародонта среди школьников различных регионов страны / Е.В. Боровский, Э.М. Кузьмина, С.А. Васина // Стоматология. - 2007. - № 5. - С. 82-85.

40. Ботвиньева, В.В. Взаимосвязь микрофлоры полости рта и факторов местного иммунитета у детей старшего возраста / В.В. Ботвиньева, Л.К. Катосова, И.П. Брозгунов [и др.] // Здоровый ребенок: сб. науч. тр. - М., 2009. - С. 48.

41. Бугоркова И. А. Обследование детского населения донецкой области на заболевания пародонта для формирования региональной программы стратегического планирования работы стоматологической службы. / И. А.

Бугоркова // Медико-социальные проблемы семьи. - 2013. - Т. 18. - № 3. - С. 86 - 89.

42. Букреева, Н.М. Организация гигиенического обучения и воспитания детей и подростков и программах комплексной профилактики стоматологических заболевании: Метод, рекомендации / Н.М. Букреева, В.К. Леонтьев, В.Г. Сунцов // М., 2011. - 58 с.

43. Бутова В. Г. Система организации стоматологической помощи населению России. / В. Г. Бутова, В. Л. Ковальский, Н. Г. Ананьева – М.: Медицинская книга. 2005. – 165 с.

44. Бутова В. Г., Зимина Э. В., Каплан М. З. Управление качеством стоматологической помощи. – М.: STBOOK, 2007. – 224 с.

45. Быковская Т. Ю. Анализ основных показателей здоровья и деятельности учреждений здравоохранения Ростовской области. / Т. Ю. Быковская. - Ростов-на-Дону: Министерство здравоохранения Ростовской области. – 2009. – 26 с.

46. ВарагинаС. А. Феминизация стоматологии меняет нравственные отношения в ней // Биоэтика. – 2010. - №2. – С. 43-44.

47. Варгина С.А. Прошин П.В., Филимонов А.В. Этические проблемы в стоматологической практике // Биоэтика. – 2008. - №1. – С. 53 – 55.

48. Варгина С. А., Соломатин М.М. Этика научных исследований в стоматологии// Биоэтика. – 2011. - №2. – С.48-50.

50. Васильев, В.Г. Гигиеническое воспитание детей различного возраста: метод. рекоменд. / В.Г. Васильев, Г.И. Саблина, В.Ю. Лебединский [и др.] // Иркутск, 2009. - 43 с.

51. Вейсгейм Л. Д. Влияние основных научных направлений в стоматологии на исследовательскую работу и качество медицинской помощи населению. : Автореф. дис. … докт. мед. наук / Л. Д. Вейсгейл. – Волгоград. – 2006. – 34 с.

52. Величина прожиточного минимума. Министерство труда и социального развития Ростовской области. 2013. URL: http://mintrud. donland. ru/ Default. aspx?pageid=57904 (Дата обращения 01. 11. 2013г.).

53. Величковский Б. Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье / Б. Т. Величковский // Здравоохранение РФ. – 2006. - №2. – С. 8 - 17.

54. Вилова, А.В. Эпидемиологическая заболеваемость зубов кариесом у коренного и пришлого населения Архангельской области / А.В. Вилова, В.П. Зеновский // Современные проблемы стоматологии: сб. науч. тр. / Новосиб. мед. ин-т. - Новосибирск, 2009. - С. 130-131.

55. Виноградова, Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога / Т.Ф. Виноградова // М.: Медицина, 2008. - 256 с.

56. Виноградова, Т.Ф. Педиатру о стоматологических заболеваниях у детей / Т.Ф. Виноградова // Л.: Медицина, 2012. - 160с.

57. Виноградова, Т.Ф. Стоматология детского возраста / Т.Ф. Виноградова, О.П. Максимова, В.В. Рогинский // Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2012. - 528 с.

58. Вишневский А. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса [Электронный ресурс] / А. Г. Вишневский, Я. И. Кузьминов , В. И. Шевский, И. М. Шейман , С. В. Шишкин , Л. И. Якобсон , Е. Г. Ясин // Отечественные записки. – 2006. – № 2(29). URL: http://www. strana - oz. ru/2006/2/rossiyskoe - zdravoohraneniya - kak - vyyti - iz - krizisa - doklad. (Дата обращения: 22. 07. 2013г.).

59. Водолацкая, А.М. Оценка изменения в системе «слюна-зубной налет-эмаль» при прогнозировании кариеса зубов у детей / А.М. Водолацкая // Профилактика и лечение болезней зубов и пародонта: сб. науч. тр. - Ставрополь, 2012. - С. 69-73.

60. Воронин В.А. Социальная динамика профессиональных ролей в стоматологии// Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Волгоград. – 2007.

61. Вусатая Е. В. Медико–социальные аспекты стоматологической заболеваемости взрослого населения и пути ее профилактики в современных

условиях. : Автореф. дис. … канд. мед.наук / Е. В. Вусатая. – Рязань, 2007. – 25 с.

62. Вялков А. И. Состояние системы управления качеством в здравоохранении. / А. И. Вялков, П. А. Воробьев // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. - №12. – С. 3 - 8.

63. Галиуллин, А.Н. Клинико-статистический анализ заболеваемости кариесом зубов у детей, проживающих в городах республик Среднего Поволжья / А.Н. Галиуллин, А.В. Иванов, И.В. Андреев // Материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию Центра Госсанэпиднадзора в Республике Марий Эл. - Йошкар-Ола, 2006. - С. 19-23.

64. Галиуллин, А.Н. Основные принципы организации медико-социальной профилактики стоматологических заболеваний у детей / А.Н. Галиуллин, И.И. Гиниятуллин // Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны: тр. ЦНИИС. - М. - 2009. - С. 111-113.

65. Гаража, Н.Н. О влиянии кисловодского Нарзана на частоту и интенсивность кариеса зубов и состояние пародонта / Н.Н. Гаража, И.М. Флейшмахер // Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 33-36.

66. Гаража, Н.Н. Организация первичной профилактики по предупреждению поражений твердых тканей зубов у лиц, имеющих производственный контакт с солями кадмия / Н.Н. Гаража, Н.В. Шацкая // Стоматология. - 2006. - Спец. вып. - С. 17-18.

67. Гарвалинская, Б.Г. Уровень знаний о гигиене полости рта у детей различного возраста и пола г. Хабаровска при реализации стоматологической программы / Б.Г. Гарвалинская // Современные проблемы стоматологии: сб. науч. тр. / Новосиб. мед. ин-т. - Новосибирск, 2008. - С. 154-155.

68. Гоменюк, Т.Н. Организация первичной профилактики кариеса зубов среди детей раннего возраста в новых социально-экономических условиях / Т.Н. Гоменюк, И.Т. Сегень // Стоматология. - 2006. - Спец. вып. - С. 18-19.

69. Григорьева, Е.Е. Значение кратности санации полости рта в профилактике одонтогенных очагов у школьников / Е.Е. Григорьева // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2011. – 19 с.

70. Григорян, А.А. Роль рекламы в повышении уровня обращаемости населения за стоматологической помощью / А.А. Григорян // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2004. – 22 с.

71. Гринин В. М. Системные вопросы оценки качества оказания стоматологической помощи населению / В. М. Гринин, Н. Н. Предтеченский // Стоматология для всех. - 2004. - №1. - С. 28 - 29.

72. Громов И. А. Западная социология. / И. А. Громов, И. А. Мацкевич, В. А. Семёнов. – СПб. : ООО «Издательство ДНК», 2003. – 537 с.

73. Грудянов А. И. Состояние стоматологического статуса у лиц пожилого и старческого возраста в зависимости от уровня образования. / А. И. Грудянов, Н. Б. Найговзина, В. А. Овсянников // Стоматология. – 2007. - №108 – С. 24 - 28.

74. Грудянов, А.И. Методы профилактики заболеваний пародонта и их обоснование / А.И. Грудянов // Стоматология. - 2005. - № 3. - С. 21-24.

75. Грудянов, А.И. Состояние пародонта у школьников Москвы / А.И. Грудянов, С.А. Кирюхина, В.С. Воробьев // Стоматология. - 2005. - № 6. - С. 16.

76. Гундаров И. А. Методологические причины кризиса факторной концепции профилактической медицины / И. А. Гундаров, В. А. Полесский // Материалы V Международной научно - практической конференции «Современные подходы к продвижению здоровья» (Гомель, 15 - 16 мая 2014 года) / Гомель: УО ГомГМУ. – 2014. – С. 68 - 71.

77. Деревянченко С. П. Гендерная социализация в семье как фактор здоровьесберегающего поведения в стоматологии. / С. П. Деревянченко, Р. Э. Кесаева, Е. Е. Маслак // Социология медицины. – 2006. - №1. – С. 56 - 61.

78. Деревянченко С. П., Маслак Е. Е., Колесова Т. В. Знания родителей о профилактике стоматологических заболеваний у детей дошкольного

возраста. / С. П. Деревянченко, Е. Е. Маслак, Т. В. Колесова // Актуальные вопросы стоматологии Сборник материалов электронной научно - практической конференции, посвященной 80-летию профессора В. Ю. Миликевича. Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Волгоградский государственный медицинский университет. - 2012. - С. 44 - 47.

79. Динамика нормативной регуляции в стоматологии в контексте положений нового ФЗ «Об охране здоровья граждан» (по материалам фокус-группы) // Биоэтика. – 2011. - №2. – С. 54-58.

80. Добавление, изменение и удаление линии тренда на диаграмме. URL: http://office. microsoft. com/ru - ru/excel - help/HP010007461. aspx#top (Датаобращения: 22. 07. 2013г.).

81. ДоникаА. Д., КожевниковЛ. Л., РеваИ. Е. Врачебная ошибка: дифференциация этического и правового поля (опыт США и Российские реалии)// Биоэтика. – 2011. - №1. – С.34-37.

82. Дорохина А. И. Социально - гигиеническое исследование стоматологического статуса населения мегаполиса (на примере г. Москвы): Автореф. дис. … канд. мед. Наук / А. И. Дорохина. – М, 2008. - 27с.

83. Дорошина, В.Ю. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных как основа стоматологического здоровья детей раннего возраста / В.Ю. Дорошина // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1997. - 21 с.

84. Дорошина, В.Ю. Роль профессиональной гигиены в профилактике стоматологических заболеваний у беременных женщин / В.Ю. Дорошина, Т.А. Набатова, Н.Л. Гудкова //Современные аспекты профилактики и лечения стоматологических заболеваний: тез. докл. - М., 2010 - С. 88-89.

85. Дьяченко В. Г. Введение в общую врачебную практику в стоматологии: Учебное пособие / В. Г. Дьяченко. М. – Тверь: ООО «Издательство «Триада», - 2009, – 312 с.

86. Екимова Н. Рейтинговая оценка образовательного потенциала регионов России / Н. Екимова // Журнал об инвестиционных возможностях России

«Капитал страны» [Электронный ресурс] URL: http://www. kapital - rus. ru/articles/article/212988/ (Дата обращения 01. 11. 2013г.).

87. Емелина Г. В. Анализ стоматологической заболеваемости в выборе методов и подходов индивидуальной профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта. / Г. В. Емелина, В. М. Гринин, П. В. Иванов, Н. К. Кузнецова, Л. А. Зюлькина // Современные проблемы науки и образования. Электронный научный журнал. – 2011, - № 2. URL: http://www. science - education. ru/96 - 4582 (Дата обращения 01. 11. 2013г.).

88. Ефименко С. А. Социология пациента. : Автореф. дис. … докт. мед.наук / С. А. Ефименко. – М., 2007. – 48 с.

89. Журавлева И. В. Основные мотивы заботы о здоровье в студенческой среде / И. В. Журавлева // Социология медицины. – 2011. – №1. – С. 32 - 41.

90. Журавлева И. В. Отношение человека к здоровью: методология и показатели /Журавлева И. В.// Социология медицины.-2004. -№2. - С. 11 - 17.

91. Заборовская И. Г. Удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием как важный критерий повышения качества медицинской помощи / И. Г. Заборовская // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2003. – № 4. – С. 39 - 43.

92. Законодательные основы профессиональной деятельности медицинских работников / Сборник официальных документов. - Изд. «Квартет», 2005. - 227 с.

93. Зимина, В.И. Эффективность профилактики кариеса зубов у детей при использовании фторированного молока / В.И. Зимина // Дис. … канд. мед. н. - М., ММСИ. - 1997.

94. Иванов А. Г. Распространенность и прогнозирование факторов риска нарушений репродуктивной функции женщин / А. Г. Иванов // Казанский медицинский журнал. – 2004. – Т. 85. – №6. – С. 415 - 418.

95. Иванова, Е.Н. Влияние санитарной культуры родителей на формирование гигиенических навыков у детей / Е.Н. Иванова, А.М.

Хамадеева // Кариес зубов и его осложнения: Респуб. конф. стоматолог. - 2008. - С. 89-90.

96. Иванова, Е.Н. Кариес зубов и его профилактика в условиях биогеохимического избытка фтора и молибдена / Е.Н. Иванова // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2006. - 34с.

97. Иванова, Е.Н. Сравнительная эффективность местных противокариозных средств / Е.Н. Иванова // Стоматология. - 2009. - № 2. - С. 60-61.

98. Ивенская Т. А. Методические особенности изучения мотивационного поля медицинских работников / Т. А. Ивенская, Ю. Г. Элланский, И. Ю. Худоногов, С. В. Хлынин // Социология медицины. – 2011. – № 1 (18). – С. 18 - 22.

99. Ильин В. В. Аксиология / В. В. Ильин – М.: Изд-во МГУ. – 2005. -216 с.

100. Илюхина О. В. Коммуникативная активность женщин в группах с различным уровнем репродуктивного здоровья /О. В. Илюхина // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал) - 2012. - №1(09). URL: http://sisp. nkras. ru/issues/ 2012/1/ilyukhina. pdf

101. Исследование личности с помощью 16-факторного опросника Кеттела (форма С). URL: http://azps. ru/tests/4/catelmet. html (Дата обращения 01. 11. 2013г.).

102. Калашников В. Н. Научное обоснование модели стратегического развития стоматологической службы региона и системы управления качеством медицинских услуг. / В. Н. Калашников Автореф. дис. д. м. н. – Ростов-на-Дону. – 2008. – 44 с.

103. Карпович Д.И. Стоматологическая заболеваемость спортсменов, современные представления/Д.И. Карпович, А.В. Смоленский, А.В. Михайлова // Вестник новых медицинских технологий. - 2012. - Т. XIX. - №2. - С. 55 - 57.

104. Карцев, А.А. Изучение спроса населения на ортопедическую стоматологическую помощь (социологический аспект) / А.А. Карцев // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2006. - 22с.

105. Киселев А. С. Динамика здоровья населения в зависимости от доходов / А. С. Киселев // Экономика здравоохранения. – 2005. - №1. – С. 22 - 29.

106. Классификация мотивов URL: http://www. psichology. vuzlib. org/book_o514_page_16. html (Дата обращения 01. 11. 2013г.).

107. Кобзарь А. И. Прикладная математическая статистика. / А. И. Кобзарь. – М.: Физматлит. – 2006. – 628 с.

108. Ковалев А. П. Диагностика банкротства. / А. П. Ковалев – М.: Финстатинформ. – 2005. – 185 с.

109. Козичева, Т.А. Клиническое обоснование применения средств профилактики основных стоматологических заболеваний в различных возрастных группах населения / Т.А. Козичева // Дис. … канд. мед. наук. - М., ММСИ. - 1999.

110. Колесник, А.Г. Мониторинг уровня поступления фторида в организм детей, участвующих в трех проектах фторирования молока в России / А.Г. Колесник // Стоматология. - 2007. - № 5. - С. 52-57.

111. Колесник, А.Г. Мониторинг фторида в стоматологии / А.Г. Колесник // М., 2007. - 120 с.

112. Колесник, А.Г. Обоснование, разработка и апробация методики определения суточного поступления фторида по его экскреции с мочой при планировании программ профилактики кариеса с системным использованием соединений фтора / А.Г. Колесник // Новое в стоматологии. - 2009. - № 4. - С. 27-30.

113. Колесник, А.Г. Химические средства профилактики кариеса зубов / А.Г. Колесник, Т.Л. Пилат // Стоматология. - 2010. - № 1. - С. 86-91.

114. Колесникова В. И. Банковское дело. / В. И. Колесникова – М.: «Финансы и статистика». - 2006. – 480 с.

115. Кондратов, А.И. Новые организационные подходы санитарного просвещения в профилактике стоматологических заболеваний / А.И. Кондратов // Материалы II съезда Стоматологической ассоциации (Общероссийской), Волгоград, 23-25 мая 1994 г. - Екатеринбург, 2005. - С. 71-72.

116. Кондратов, А.И. Пути повышения эффективности санитарного просвещения в комплексной профилактике стоматологических заболеваний / А.И. Кондратов // Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1990. – 237 с.

117. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. URL: http://federalbook. ru/files/FSZ/ soderghanie/Tom%2012/1 - 9. pdf (Дата обращения: 15. 01. 2014г.).

118. Костлан, Я. Стоматологическое обслуживание в Европе / Я.Костлан // Копенгаген: ВОЗ, 1982. - 193 с.

119. Креймер М. А. Экономико-математические аспекты мониторинга здоровья населения и среды обитания. / М. А. Креймер // Гигиена и санитария. – 2005. - №2. – С. 72 - 74.

120. Крихели, Н.И. Обоснование проведения профилактических мероприятий при отбеливании зубов / Н.И. Крихели // Дис. … канд. мед. наук. - М., МГМСУ. - 2001.

121. Кузнецова, И.В. Стоматологическая заболеваемость населения республики Дагестан и разработка программы профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта у детей / И.В. Кузнецова // Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - 2002. - 23 с.

122. Кузьменко Г.Г. Статус пациента стоматологической практики// Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Волгоград. – 2011 и др.

123. Кузьмина Э. М. Динамика стоматологической заболеваемости 12-летних детей Краснодарского края за 10 лет. / Э. М. Кузьмина, М. В. Турьянская // DentalForum. - 2011. - Т. 37. - № 1. - С. 33 - 37.

124. Кузьмина Э. М. Модель проведения эпидемиологического стоматологического обследования населения по критериям ВОЗ. / Э. М.

Кузьмина // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. - №6. – С. 13 - 17.

125. Кузьмина, И.Н. Профилактика ранних форм кариеса в период прорезывания постоянных зубов у детей / И.Н. Кузьмина // Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1996. - 181 с.

126. Кузьмина, Э.М. Без профилактики не обойтись / Э.М. Кузьмина // Стоматология для всех. - 2008. - № 1(2). - С. 4-5.

127. Кузьмина, Э.М. Выявление навыков ухода за полостью рта путем анкетирования детей России и Финляндии / Э.М. Кузьмина, С.А. Васина, Т.А. Смирнова [и др.] // Стоматология детского возраста. - 2005. - № 1. - С. 55-56.

128. Кузьмина, Э.М. Клиническое изучение влияния зубной пасты с гидроксиапатитом на начальные стадии кариеса зубов у детей / Э.М. Кузьмина, С.А. Васина, Т.А. Козичева // Новое в стоматологии. - 2008. - № 2. - С. 8-11.

129. Кузьмина, Э.М. Опыт проведения программы фторирования молока для профилактики кариеса профилактики стоматологических заболеваний: сб. науч. тр. / Э.М. Кузьмина, В.И. Зимина, М. Хутыз // Рязань, 2009. - С. 23-24.

130. Кузьмина, Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний / Э.М. Кузьмина // М., МГМСУ. - 2011. - 189 с.

131. Кузьмина, Э.М. Сравнительная оценка эффективности разных видов герметиков для профилактики кариеса постоянных зубов у детей в системе санации полости рта / Э.М. Кузьмина, С.А. Васина, М.А. Стасенкова // Стоматология. - 2007. - № 5. - С. 58-60.

132. Кузьмина, Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России / Э.М. Кузьмина // М.: Информэлектро, 2009. – 228 с.

133. Кулаков А. А. Проблемы и состояние отечественной теоретической стоматологии на современном этапе. / А. А. Кулаков, А. С. Григорьян, А. И Воложин // Стоматология. – 2006. - №5. – С. 4 - 7.

134. Кулаков, А.А. Организация системы профилактики основных стоматологических заболеваний детского населения России» Концепция / А.А. Кулаков, В.Т. Шестаков, А.Г. Колесник [и др.] // М. - 2006.

135. Кучеренко В. З. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учебное пособие для практических занятий / В. З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2006. – 192 с.

136. Лаврищева Г. А. Формирование здорового образа жизни в современных условиях. Социология медицины: наука и практика. / Под ред. Решетникова А. В. // Сборник статей: - М. – 2012. – С 156 - 160.

137. Лаптева, Л.И. Комплексная медико-педагогическая программа профилактики основных стоматологических заболеваний с учетом возрастных психо-физиологических особенностей детей и подростков / Л.И. Лаптева // Дис. … канд. мед. наук. - М., МГМСУ. - 2001.

138. Лаптева, Л.И. Эффективность профилактики заболеваний пародонта у 12-летних школьников / Л.И. Лаптева // Современные аспекты профилактики и лечения стоматологических заболеваний: тез. докл. - М., 2000. - С. 113-114.

139. Легков И. А. Коммуникативный подход к изучению софинансирования пациентами территориальных программ государственных гарантий. Муниципальное здравоохранение: современное состояние и пути модернизации. / И. А. Легков, И. Ю. Худоногов // Материалы II региональной научно - практической конференции организаторов здравоохранения: 18 мая 2012 г. – Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ. – 2011. – С. 183 - 189.

140. Лемецкая, Т.И. Клинико-экспериментальное обоснование классификации болезней пародонта и патогенетические принципы лечебно-профилактической помощи больным с патологией пародонта / Т.И. Лемецкая // Дис. ... д-ра. мед. наук в виде научного доклада. - М., 2008. – 62 с.

141. Леонтьев В. К. Мнение стоматологов о стоматологической службе, стоматологической помощи и стоматологии России в целом (состояние,

недостатки, пути развития) / В. К. Леонтьев, В. Н. Олесова // Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России URL: http://e - stomatology. ru/publication/mnenie/ (Дата обращения 01. 11. 2013г.).

142. Леонтьев В. К. Профилактика стоматологических заболеваний. / В. К. Леонтьев, Г. Н. Пахомов. – М.: - 2006. – 416 с.

143. Леонтьев, В.К. Доклад президента СтАР, академика РАМН В.К. Леонтьева на XI съезде Стоматологической Ассоциации России. - Москва, 2006.

144. Леонтьев, В.К. Кариес и процессы минерализации. (Разработка методических подходов, молекулярные механизмы, патогенетическое обоснование принципов профилактики и лечения) / В.К. Леонтьев // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1978. – 45 с.

145. Леонтьев, В.К. О вероятных изменениях структуры сети государственных и частных стоматологических клиник / В.К. Леонтьев // Стоматология. - 2009. - № 3. - С. 54 -57.

146. Леонтьев, В.К. Организация стоматологической помощи населению и перспектива ее развития в новых условиях хозяйствования / В.К. Леонтьев // Стоматология. - 2008. - № 2. - С. 4-11.

147. Леонтьев, В.К. Оценка основных направлений развития стоматологии / В.К. Леонтьев, В.Т. Шестаков, В.Ф. Воронин // М., 2013. - 118 с.

148. Леонтьев, В.К. Программа профилактики в стоматологии в новых политико-экономических условиях России / В.К. Леонтьев // Новое в стоматологии. - 2004. - Спец. вып. - С. 5-10.

149. Леонтьев, В.К. Развитие и обоснование системы УЕТ в новых экономических условиях деятельности стоматологических учреждений России / В.К. Леонтьев, В.Т. Шестаков // Стоматология. - 2013. - № 3. - С. 55-60.

150. Леонтьев, В.К. Социальные и организационные проблемы первичной профилактики в стоматологии и пути их решения / В.К. Леонтьев // Стоматология. - 1986. - № 6. - С. 10-14.

151. Леонтьев, В.К. Эффективность лечебно-профилактических мероприятий при семейной диспансеризации у стоматолога / В.К. Леонтьев, Т.В. Бородина // Современные проблемы стоматологии: сб. науч. тр. - Новосиб. мед. ин-т. - Новосибирск, 2008. - С. 84-86.

152. Леус П. А. Профилактическая коммунальная стоматология. / П. А. Леус – М. Медицинская книга. – 2008. – 444 с.

153. Леус, П.А. Коммунальная стоматология / П.А. Леус // ОАО «Брестская типография», 2010. - 284 с.

154. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. / Ю. П. Лисицын. – М. – 2002. – 535 с.

155. Лукиных, Л.М. Мотивация ребенка на уход за полостью рта. Возможна ли она? / Л.М. Лукиных // Актуальные проблемы хирургической стоматологии, челюстно-лицевой хирургии, терапевтической стоматологии: сб. науч. тр. – МГМСУ. - М., 2008. - С. 110-112.

156. Лукиных, Л.М. Мотивированные формы гигиенического воспитания населения / Л.М. Лукиных // Актуальные проблемы стоматологии: науч. тр. - Рязан. мед. ин-т. - Рязань, 2008. - С. 47-50.

157. Лукиных, Л.М. Профилактика основных стоматологических заболеваний в условиях крупного индустриального города/ Л.М. Лукиных // Дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2000. - 301 с.

158. Луцкая, И.К. Механизмы формирования очага подповерхностной деминерализации эмали / И.К. Луцкая // Новое в стоматологии. - 2008. - № 9. – С. 8-19.

159. Мажаренко В. А. Методология управления качеством в оказании стоматологической помощи населению / В. А. Мажаренко, Т. В. Маркина, Т. А. Зинченко// Межрегиональный сб. науч. труд. Вопросы стоматологии, посв. 80 лет.со дня рожд. проф. Э. С. Тихонова и 50 - лет Рязанской стоматол. ассоциации. Рязань. – 2009. – С. 45 - 47.

160. Мажаренко В. А. Этические риски профессиональных ролей в стоматологии// Биоэтика. – 2010. - №2. – С. 37-38.

161. Мажаренко В.А. Стоматология как профессия: опыт социологического анализа// Дисс. на соискание уч. ст. д.м.н., Волгоград. – 2011.

162. Мажаренко В.А., Рева И.Е. Этические проблемы взаимоотношения врачей-стоматологов и среднего медицинского персонала// Биоэтика. – 2011. - №2. – С. 45-47.

163. Макеева, И.М. Влияние экологических факторов на состояние органов и тканей полости рта у детей / И.М. Макеева // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2012. - 23 с.

164. Максимов, Е.А. Гигиеническая оценка и пути оптимизации централизованного питьевого водоснабжения крупного промышленного города / Е.А. Максимова // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Рязань, 1997. - 22 с.

165. Максимова, О.П. Организационные аспекты оставления программ профилактики кариеса у школьников на основе эпидемиологических данных / О.П. Максимова, Н.В. Морозова, Н.М. Елкина // Управление, организация, социально-экономические проблемы стоматологической службы страны: тр. ЦНИИС. - М.Д. - 2009. - С. 116-119.

166. Марталер, Т.М. Фторирование соли (обзор) / Т.М. Марталер // Новое в стоматологии. - 2014. - № 2. - С. 15.

167. Маслак Е. Е. Возможна ли профилактика кариеса без фторидов - взгляд с точки зрения доказательной медицины / Е. Е. Маслак // DENTALFORUM. - 2011. - №1 (37). - С. 46 - 49.

168. Маслак Е. Е. Профилактика стоматологических заболеваний – основное направление развития современной стоматологии. URL: http://www. oblstom. oblzdrav. ru›orgmetod/doklad - maslak. doc (Дата обращения: 12. 04. 2014г.);

169. Маслоу А. Мотивация и личность. Пер. с англ. / А. Маслоу – СПб. : Питер, 2008. – 352 с.

170. Медик В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – М.: Профессионал, - 2009. – 432 с.

171. Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10. 3-е изд-е. // ВОЗ, Женева, 1997. - 248с.

172. Меладзе В. Курс технического анализа. URL: http://www. parusinvestora. ru/systems/book_meladze/book1. shtm (Датаобращения: 22. 07. 2013г.).

173. Методика учета условных единиц трудоемкости по видам работ врачей стоматологических учрежд. Пр. Минздрава СССР от 17.07.90г. №10-11/76.

174. Методические рекомендации по разработке критериев и оценке доступности для потребителей товаров и услуг организаций коммунального комплекса. Москва, 2009 г. URL: http://base1. gostedu. ru/57/57546/#i101869 (Дата обращения: 22. 07. 2013г.).

175. Методы и программы профилактики основных стоматологических заболеваний // Женева, 2006. - 47 с.

176. Миняев В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебн. для студентов / В. А. Миняев, Н. И. Вишняков – М.: МЕДпресс - информ. – 2009. – 656 с.

177. Михальченко Д. В. Отношение пациентов к платным стоматологическим услугам / Д. В. Михальченко // Социология медицины. – 2007. - № 2. – С 44 - 48.

178. Михальченко Д. В. Социально-психологические аспекты комплаентности пациентов в стоматологической практике/ И. В. Фирсова, Д. В. Михальченко// Вестник ВолГМУ. – 2007. – N2. – С 36 - 40.

179. Михальченко Д. В. Экспресс - оценка уровня мотивации к стоматологическим лечебно - профилактическим мероприятиям / Д. В. Михальченко, Е. М. Чаплиева, Л. Б. Осадшая, С. В. Клаучек. – Волгоград.: Изд-во ВолГМУ. – 2009. – 25 с.

180. Михальченко Д. В., Засядкина Е. В. Этические риски во взаимоотношениях врача-стоматолога и пациента// Биоэтика. – 2011. - №2. – С.42-45.

181. Михальченко Д.В., Фирсова И.В., Седова Н.Н. Социологический портрет медицинской услуги. Волгоград. – Изд-во ВолгГМУ. – 2011.

182. Мониторинг и оценка оздоровления полости рта: доклад Комитета экспертов ВОЗ // ВОЗ, Женева, 2011. - 73с.

183. Морозова, Н.В. Профилактика в детской стоматологии / Н.В. Морозова, Е.В. Басманова, К.В. Хроменкова [и др.] // Стоматология для всех. - 1998. - №2 (3). - С. 19-22.

184. Мотив и мотивация. Теории мотивации. URL: http://www. psyworld. ru/for - students/cards/general - psychology/985 - 2010 - 12 - 08 - 10 - 24 - 09. html (Дата обращения 01. 11. 2013г.).

185. Мотив: «все что угодно». URL: http://www. psichology. vuzlib. org/book_o514_page_17. html (Дата обращения 01. 11. 2013г.).

186. Мотивы и мотивации. Энциклопедия Экономиста. URL: http://www. grandars. ru/college/psihologiya/motivy - i - motivaciya. html (Дата обращения 01. 11. 2013г.).

187. Набатова, Т.А. Роль стоматологического просвещения родителей в поддержании здоровья полости рта детей / Т.А. Набатова // Дис. … канд. мед. наук. - М., МГМСУ. - 2000.

188. Нецепляев Д. А. Государственные и негосударственные лечебные организации: выбор горожан / Д. А. Нецепляев, В. А. Мажаренко // Социология города. – 2010. - №4. – С 29 - 34.

189. Нецепляев Д. А. Этико-правовой статус пациента стоматологической практики // Биоэтика. – 2010. - №2. – С. 49-51

190. Нецепляев Д.А. Общее и особенное в профессиональной деятельности врачей частных и государственных медицинских учреждений// Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Волгоград. – 2011;

191. Новикова К. И., Тиллоев Х. Х. Демографические и социально-экономические аспекты доступности стоматологических услуг. / К. И. Новикова, Х. Х. Тиллоев // 67 - я Итоговая научная конференция молодых учёных Ростовского государственного медицинского университета. Материалы конференции – Ростов-на-Дону: ГБОУ ВПО РостГМУ Минздравсоцразвития России, - 2011. – С. 523 - 524.

192. Образцов Ю. Л. Стоматологическое здоровье. Сущность. Значение для качества жизни. Критерии оценки. / Ю. Л. Образцов // Стоматология. – 2006. - №4. – С. 41 - 42.

193. Олесов Е. Е. Клинико - экономическое обоснование профессиональной гигиены рта у молодых работников предприятий с опасными условиями труда. / Е. Е. Олесов, Н. И. Шаймиева, Р. У. Берсанов, Е. Ю. Хавкина, Н. О. Гришкова, А. Е. Олесов // Российский стоматологический журнал. - 2013. - № 6. - С. 39 - 41.

194. Организация профилактики основных стоматологических заболеваний: метод, указания. - М., 1986. - 29 с.

195. Орлов А. И. Теория принятия решений. Учебное пособие. / А. И. Орлов – М.: Издательство "Март", 2004. – 456 с.

196. Ответственность врачей-стоматологов за качество медицинской помощи (опыт Германии) // Биоэтика. – 2011. - №2. – С.53-54.

197. Официальный портал городской Думы и Администрации города. URL: http://www. rostov - gorod. ru/?ID=23724 (Дата обращения 01. 11. 2013г.).

198. Павлов Н. Б., Сабгайда Т. П. Влияние сопутствующей патологии на распространение стоматологических заболеваний и стоимость их лечения. / Н. Б. Павлов, Т. П. Сабгайда. URL:http://vestnik. mednet. ru/content/view/354/30/lang, ru/ (Датаобращения: 24. 08. 2013г.).

199. Павлов, Н.Б. Изучение стоматологической заболеваемости и нуждаемости в специализированной помощи работников нефтегазодобывающей промышленности / Н.Б. Павлов// Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2004. – 26 с.

200. Паршин, И.И. Новый способ исследования органов ротовой полости в клинике терапевтической стоматологии / И.И. Паршин // Современные методы диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний: сб. науч. тр. - Рязань, 1999. - С. 20-21.

201. Пастбин М. Ю. Современные системы оценки и регистрации кариеса зубов. Обзор литературы. / М. Ю. Пастбин, М. А. Горбатова, Е. И. Уткина, А.

М. Гржибовский, Л. Н. Горбатова // Экология человека. - 2013. - № 9. - С. 49 - 55.

202. Пахомов, Г.Н. Основы организации стоматологической помощи населению / Г.Н. Пахомов // М.: Медицина, 2013. – 208 с.

203. Пахомов, Г.Н. Первичная профилактика в стоматологии / Г.Н. Пахомов // М.: Медицина, 1982. - 240 с.

204. Пахомов, Г.Н. Разработка и внедрение проектов фторирования молока для профилактики кариеса зубов у детей на территории Российской Федерации / Г.Н. Пахомов, А.Г. Колесник, Э.М. Кузьмина [и др.] // Материалы II съезда Стоматологической ассоциации (Общероссийской), Волгоград, 23-25 мая 1994 г. - Екатеринбург, 1995. - С. 61-67.

205. Пахомов, Г.Н. Фторирование молока для профилактики кариеса. // М. - Ж., 1998.

206. Пашаев, К.П. Динамика поражённости кариесом зубов и болезнями пародонта у населения разных территориально-административных зон Таджикистана / К.П. Пашаев, А.В. Алимский, Г.Г. Ашуров [и др.] // Стоматология. - 2007. - № 5. - С. 62-64.

207. Петров В.И., Седова Н.Н. Практическая биоэтика. М.: «Триумф». 2001. – 264 с.

208. Пожарицкая, М.М. Роль слюны в физиологии и развитии патологического процесса в твёрдых и мягких тканях полости рта. Ксеростомия / М.М. Пожарицкая // М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2011. - 48 с.

209. Постолаки А. И. Профессор Илларион Постолаки – основатель молдавской школы ортопедической стоматологии и основоположник ее биоэтического направления// Биоэтика. – 2013. - №2. – С. 53-57.

210. Приказ Минздрава СССР от 18.11.1988г. «О комплексной программе развития стоматологической помощи в СССР до 2000г.». - М., 1988. - 45 с.

211. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных женщин и детей раннего возраста: метод. рекомендации. - М., 2009. - 36с.

212. Прохончуков А. А. Задачи информатизации стоматологии в плане реформы здравоохранения. / А. А. Прохончуков, А. Г. Колесник, Ю. С. Алябьев // Сборник трудов. Материалы XXI и XXII Всероссийских научно - практических конференций - М., 2009. - С. 83 - 85.

213. Прошин П.В. Отношение пациентов к платным медицинским услугам// Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Волгоград. – 2008.

214. Равинская, А.А. Программа профилактики основных стоматологических заболеваний у рабочих химического производства / А.А. Равинская // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1998. - 29 с.

215. Решетников А. В. Социология медицины (введение в научную специальность): Руководство. / А. В. Решетников – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. - 976 с.

216. Решетников А. В. Социология обязательного медицинского страхования (часть III) / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2013. – № 2. – С. 3 - 10.

217. Решетников А. В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (Часть III) / А. В. Решетников // Социология медицины. – 2011. – № 1(18). – С. 3 - 14.

218. Родзянко Н. Г. Комплексный Атлас «Ростовская область. История и современность». / Н. Г. Родзянко. - Ростов-на-Дону: ООО «Донской издательский дом». – 2002. – 98 с.

219. Рождественская, Н.В. Эффективность профилактики и лечения кариеса зубов у детей раннего возраста / Н.В. Рождественская // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Волгоград, 2010.-18с.

220. Ронь, Г.И. Новая лечебно-профилактическая зубная паста / Г.И. Ронь, Т.М. Еловикова // Новое в техническом обеспечении стоматологии: материалы конференции стоматологов. - Екатеринбург, 2012. - С. 42-43.

221. Руденко, М.М. Зависимость течения кариеса зубов у школьника от ряда факторов риска / М.М. Руденко // Стоматология. - 2009. - № 6. - С. 25-27.

222. Сагина, О.В. Распространенность основных стоматологических заболеваний и модель лечебно-профилактической стоматологической помощи сельскому населению / О.В. Сагина // Автореф. дис. .... канд. мед.наук. - М., 2002. - 25 с.

223. Самоделкина, В.Я. Система гигиенического воспитания взрослого населения в профилактике воспалительных заболеваний пародонта и совершенствование методов их лечения / В.Я. Самоделкина // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Пермь, 2011. - 17с.

224. Сарап, Л.Р. Активность кариеса у лиц разного пола и возраста при различных уровнях резистентности зубов / Л.Р. Сарап // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Омск, 1996. - 25с.

225. Сахарова, Э.Б. Приоритеты индивидуальной профилактики / Э.Б. Сахарова // Стоматологии для всех. - 2011. - № 2. - С. 20-21.

226. Сахарова, Э.Б. Эффективность комплексной системы профилактики стоматологических заболеваний у школьников / Э.Б. Сахарова // Дис. … канд. мед. наук. - М., 2004. – 121 с.

227. СвердлинД.С. Дискуссия по проблеме врачебной ошибки: результаты фокус-группы// Биоэтика. – 2008. - №1. – С.42-45.

228. Седова Н.Н. Биоэтика. Учебник для студентов медицинских вузов.. М.: Изд-во «КноРус». – 2015. – 231 с.

229. Седова Н.Н. Правовые основы биоэтики. М.: Изд-во «Триумф».- 2004. – 224 с.

230. Седова Н.Н., Варгина С.А. Социология стоматологии: штрихи к портрету. М.: Изд-во «Триумф». – 2008. – 140 с.

231. Седова Н.Н., Дмитриенко С.В. Ваш бизнес – стоматология. М.: «Медицина». – 2001. – 96с.

232. Силантьева С. Г. Отношение населения к проблеме профилактики стоматологических заболеваний (по результатам социологического опроса). / С. Г. Силантьева, О. А. Козаченко, Н. Б. Соловьева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. - №5. – С. 19 - 21.

233. Силантьева С. Г. Отношение населения к проблеме профилактики стоматологических заболеваний (по результатам социологического опроса). / С. Г. Силантьева, О. А. Козаченко, Н. Б. Соловьева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. - №5. – С. 19 - 21.

234. Служаев, И.Ф. Распространенность и интенсивность кариеса зубов и его осложнений у лиц молодого возраста, проживающих в г. Хабаровске / И.Ф. Служаев, Л.Ф. Лучшева, Е.Г. Стеценко [и др.] // Юбилейный сборник работ. - М., 2008. - С. 115-117.

235. Соловьева, А.М. Выбор средств гигиены для профилактики и лечения заболеваний пародонта в детском возрасте / А.М. Соловьева, У.В. Афанасьева // Стоматология для всех. - 2009. - № 1(б). – С. 9.

236. Соломатина Е.С. Реализация концепции информированного согласия пациента в стоматологической практике//Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Волгоград. – 2014.

237. Социальная солидарность. Социология. URL: http://socio. rin. ru/cgi - bin/article. pl?id=961 (Дата обращения 01. 11. 2013г.).

238. Статистика. Метод скользящей средней. 2012 URL: http://helpstat. ru/2012/02/metod - skolzyashhey - sredney/ (Дата обращения: 22. 07. 2013г.).

239. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние твердых тканей зубов. Распространенность зубочелюстных аномалий. Потребность в протезировании. / Под ред. Проф. Э. М. Кузьминой. – М.: 2009. – 236 с.

240. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта. / Под ред. проф. О. О. Янушевича. - М.: 2009. – 228 с.

241. Стоматологические обследования. Основные методы. Комментарии // ВОЗ, Женева, 1997. - 76 с.

242. Стоматологическое обследование. Основные методы. 4-е изд. // ВОЗ, Женена, 1997.

243. Сунцов, В.Г. Вопросы организации индивидуализированной профилактики в условиях стоматологической поликлиники / В.Г. Сунцов, В.А. Дистель, В.Д. Вагнер [и др.] // Стоматология. - 2006. - Спец. Выпуск. - С. 33.

244. Сунцов, В.Г. Стоматологическая профилактика у детей / В.Г. Сунцов, В.К. Леонтьев, В.А. Дистель [и др.] // М.: Мед. книга; Н.Новгород: Изд-во НГМА. - 2011. - 344с,

245. Тихонов, В.Э. Дифференцированный подход к планированию стоматологической помощи и ее организация в условиях крупного города с различным содержанием фтора в питьевой воде / В.Э. Тихонов // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2002. - 22 с.

246. Токарева Ю. М. Многофакторный анализ оценки качества медицинской помощи как метод социальной работы в здравоохранении / Ю. М. Токарева // Материалы Всероссийской научно - практической конференции «Социальная работа в регионе: состояние, проблемы перспективы», Республика Башкортостан. – 2009. – С. 122 - 125.

247. Тупикова, Л.Н. Проблемы и возможности улучшения или сохранения стоматологического здоровья в условиях реформирования экономики / Л.Н. Тупикова // Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. - Санкт-Петербург, 2002. - 34 с.

248. Улитковский, С.Б. Зубные пасты / С.Б. Улитовский // СПб., Изд. «Человек», 2011. - 272 с.

249. Ушаков, Р.В. Микрофлора полости рта и её значение в развитии стоматологических заболеваний / Р.В. Ушаков, В.Н. Царев // Стоматология для всех. - 2008. - № 3(4). I. - С. 22-27.

250. Федеральная государственная программа первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России. URL: http://www. e - stomatology. ru›star/work/2011/program_ (Датаобращения: 24. 08. 2013г.)

251. Филимонов А. В. Социальная роль частной стоматологии в современных условиях// Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Волгоград. – 2008.

252. Философский энциклопедически словарь. / Советская энциклопедия . - М. 1983 URL: http://dic. academic. ru/dic. nsf/enc_philosophy/4819/ (Дата обращения 01. 11. 2013г).

253. Фирсова И. В., Крайнов С. В., Попова А. Н. Значение биоэтики в реализации геронтологического подхода в стоматологии// Биоэтика. – 20130. - №2. – С. 21-25.

254. Фториды и гигиена полости рта. Доклад Комитета экспертов // ВОЗ, Женева, 1995. - 54с.

255. Хальфин Р. А. Приоитетный национальный проект в сфере здравоохранения: результаты и перспективы / Р. А. Хальфин // Экономика здравоохранения. – 2007. – №11(120). – С. 45 - 50.

256. Хамадеева, А.М. Оценка готовности населения и системы здравоохранения к реализации программ профилактики в области стоматологии / А.М. Хамадеева // Автореф. дис. ... докт. мед.наук. - Самара, 2000. – 42 с.

257. Хетагурова, Л.К. Распространенность зубочелюстных аномалий и организация ортопедической помощи детскому населению республики Северная Осетия – Алания / Л.К. Хетагурова // Автореф. дис. .. канд. мед. наук. - Москва, 2006. - 27 с.

258. Хлынин С. В. Научное обоснование предложений по совершенствованию медицинской помощи больным с заболеваниями пародонта на муниципальном уровне: Автореф. дисс. канд. мед.наук. / С. В. Хлынин. - СПб., 2011. - 23 с.

259. Худоногов И. Ю. Маркетинговые исследования потребителей стоматологических услуг в государственных и частных медицинских учреждениях / И. Ю. Худоногов, Н. А. Кудинова, О. А. Осадчук // Молодой организатор здравоохранения: Сб. науч. ст. студентов и молодых учёных, посвящ. памяти проф. В. К. Сологуба / отв. ред. М. М. Петрова. – Красноярск: Версо, 2012. – С. 398 - 402.

260. Худоногов И. Ю. Самооценка репродуктивного здоровья в группах женщин с различной гендерной коммуникационной активностью/ И. Ю. Худоногов, О. В. Илюхина / Проблемы городского здравоохранения. Выпуск 16. Сборник научных трудов. - СПб. : Изд-во «ВВМ», 2011. - С. 304 - 307.

261. Хуссейн М. Исмаил Этическая природа этнических отношений в стоматологии // Биоэтика. – 2010. - №2. – С. 48-49.

262. Цимбалистов, А.В. Профессиональная гигиена полости рта / А.В. Цимбалистов, Г.Б. Шторина, Е.С. Михайлова // С-Петербургский институт стоматологии, 2002. - 48 с.

263. Шаповалова О. А. Средства массовой информации как механизм формирования ценностного отношения населения к своему здоровью: теоретико-методологические основы анализа / О. А. Шаповалова // Социология медицины. – №2. – 2008. – С. 15 - 19.

264. Шахраманян, К.А. Индивидуализированная профилактика кариеса зубов у дошкольников / К.А. Шахраманян // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Краснодар, 1996. – 21 с.

265. Шестаков, В.Т. Организация стоматологической службы в Швеции / В.Т. Шестаков // Новое в стоматологии. - 2008. -№ 7. - С. 8-22.

266. Шестаков, В.Т. Профилактика как элемент экономического управления в системе охраны здоровья населения / В.Т. Шестаков // Профилактика стоматологических заболеваний: тез. V съезда стоматологов. - М., 2008. - С. 68-69.

267. Шестаков, В.Т. Теоретические основы и практика формирования профессиональных стандартов в стоматологии / В.Т. Шестаков // Дис. ... докт. мед. наук. - М, 2009. - 343 с.

268. Шестаков, В.Т., Воронин В.Ф. Построение «дерева целей» системы первичной профилактики основных стоматологических заболеваний / В.Т. Шестаков, В.Ф. Воронин // Стоматология. - № 3. - 2011. - С. 57-59.

269. Шилина С. В. Влияние социально-психологических особенностей личности пациента на характер взаимоотношений в системе «врач-пациент» в стоматологии// Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Волгоград. – 2004.

270. Шкарин В. В., Кондрашов А. А. Этические комитеты в стоматологии// Биоэтика. – 2011. - №2. – С. 50-52.

271. Шмидтмайер Рут. Ответственность врачей-стоматологов за качество медицинской помощи (опыт Германии) // Биоэтика. – 2011. - №2. – С.53-54

272. Щеловских М. В. Обоснование системы гигиенических мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний у различных групп населения.: Автореф. дис. … канд. мед.наук /М. В. Щеловских. – М., 2008. – 25 с.

273. Щепин О. П., Коротких Р. В., Щепин В. О. и др. Здоровье населения – основа развития здравоохранения. / О. П. Щепин, Р. В. Коротких, В. О. Щепин и др. – М., 2009 г. – 357 с.

274. Элланский Ю. Г. Качество медицинской помощи, его оценка и организация контроля в системе здравоохранения. Уч. пособие. / Ю. Г. Элланский, Т. Ю. Быковская, В. Н Калашников.и др. Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ. 2008. – 80 с.

275. Элланский Ю. Г. Общественное здоровье и здравоохранение: учебное пособие. Часть 1. / Ю. Г. Элланский, И. В. Дударев, И. А. Пакус и др. Ростов-на-Дону: Изд-во Рост ГМУ. 2011. – 144 с.

276. Элланский Ю. Г. Организация медико-социальной помощи населению. Часть II: практич. руководство для студентов и врачей / Ю. Г. Элланский, Р. А. Тлепцеришев, Е. М. Савина, В. Л. Фисенко, И. О Пакус – Ростов-на-Дону. 2005. – 268 с.

277. Элланский Ю. Г. Современные проблемы управления качеством медицинской помощи. / Ю. Г. Элланский, В. Н. Чернышов, И. А. Пакус, Р. А. Тлепцеришев // Труды IV научной сессии РостГМУ. – Ростов-на-Дону. 2004. – С. 3 - 5.

278. Элланский Ю. Г. Состояние и тенденции в изменении здоровья населения ЮФО. / Ю. Г. Элланский, В. Н. Чернышов, и др. // Труды IV научной сессии РостГМУ. – Р/Д, 2004. – С. 29 - 31.

279. Элланский Ю. Г., Пакус И. А., Ходарев С. В. Экономика для медицинских работников. / Ю. Г. Элланский, И. А. Пакус, С. В. Ходарев – Ростов-на-Дону: Феникс. – 2009. – 270 с.

280. Эмирвелиева О.П.Социальная оптимизация услуг ортопедической стоматологии на региональном уровне// Дисс. на соиск. уч. ст. к.м.н. Волгоград. – 2007.Эпидемиология, этиология и профилактика болезней пародонта Доклад научной группы ВОЗ. - Женева: ВОЗ, 2010. - 66 с.

281. Эффективность профилактики кариеса зубов детей дошкольного возраста в городе Иркутске // Вопросы стоматологии: сб. науч. тр. / Иркутский мед.ин-т. - Иркутск, 1994. - Т. 1. - С. 92-95.

282. Юл Д. Э., Кендэл М. Д. Теория статистики. / Д. Э. Юл, М. Д. Кендэл– М.: Госстатиздат. 1960. - 275 с.

283. Яблокова Н. А., Севбитов А. В. Роль радиационного фактора в формировании стоматологической заболеваемости детского населения. / Н. А. Яблокова, А. В. Севбитов // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2012. - Т. 57. - № 6. - С. 82 - 87.

284. Abrahamsson KH The importance of dental beliefs for the outcome of dental - fear treatment. / KH Abrahamsson, U Berggren, M Hakeberg, SG Carlsson // *European Journal of Oral Sciences* - 2003, - 111(2). - P. 99 - 105.

285. Ademuwagun, L.A. Information and motivation in Health Education / L.A. Ademuwagun // Hlth.Educ. J. - 1992. - Vol.31, № 3. - P. 58-61.

286. Al - Mudaf B. A. Patient satisfaction with three dental speciality services: a centre - based study. / B. A. Al - Mudaf , M. A. Moussa, M. A. Al - Terky, G. D. Al - Dakhil, A. E. El - Farargy, S. S. Al - Ouzairi // Med Princ Pract - 2003; - 12(1): - 39 - 43.

287. Alfano, R.R.Human teeth with and without dental caries studied by visible luminescent spectroscopy / R.R. Alfano, S.S. Yao // J. Dent. Res. - 2011. - Vol. 60, № 2. - P. 120-122.

288. Alvarez, R.Treatment of primary pioderma with ozonized sunflower oil. Proceeding of 2nd International Symposium on Ozone applications / R. Alvarez, S. Menendez, M. Peguera et al. // - Havana. - 2007. - P. 75.

289. Arakawa, H. Oral fluoride reside after fluoride mouthrinsing by kindergarten / H. Arakawa // Dentistry in Japan. - 2014. - Vol.31. - P. 74-77.

290. Arends, J. Nature and role of loosely bound fluoride in dental caries / J. Arends, J. Christoffersen // J. Dent. Res. - 2010. - Vol. 69. - P. 601-605.

291. Arrow, P. Control of occlusal caries in the first permanent molars by oral hygiene / P. Arrow // Community Dent. Oral. Epidemiol. - 2007. - Vol. 25, №4. - P. 278-283.

292. Aunger R. Tooth brushing as routine Behavior /R. Aunger // International Dental Journal. - 2007. - Vol. 57. - No. 0 - P. 1 - 13.

293. Axelsson, P. 1ntegrated caries prevention: effect of a needs-related preventive program on dental caries in children. County of Varmland, Sweden: results after 12 years / P. Axelsson, J. Paulander, G. Svardstrom et al. // Caries Res. - 2013. - Vol. 27, № 1. - P. 83-94.

294. Axelsson, P. Diagnosis and risk prediction of dental caries. / P. Axelsson // Quintessence Publishing Co, Inc. - 2010. - P. 307.

295. Axelsson, P. The effect of a new oral hygiene training program on approximal caries in 12-15-year-old Brazilian children: results after three years / P. Axelsson, Y. A. Buischi, M.F. Barbosa et al. // Adv. Dent. Res. - 2014. - Vol. 8, № 2. - P. 278-284.

296. Ayo - Yusuf O. A. Association of tooth loss with hypertension / O. A. Ayo Yusuf, I. J. Ayo - Yusuf // South Afric. Med. Jour. – 2008. – vol. 98, - №5. - P. 381 - 385.

297. Banoczy, J. Effect of fluoridated milk in caries-5-year results / J. Banoczy, P. Zimmermann, E. Hadas // J. Roy. Soc. Health., 2005. - Vol. 105, № 3. - P. 99-103.

298. Bastos JL, Nomura LH, Peres MA. Dental pain, socioeconomic status, and dental caries in young male adults from southern Brazil. / JL Bastos, LH Nomura, MA Peres. // Cadernos de SaúdePública – 2005. - vol. 21. - P. 1416 - 1423.

299. Bergmann, K.E. Salt fluoridation and general health / K.E. Bergmann, R.L. Bergmann, J. Banoczy // Adv. Dent. Res. - 2005. - Vol. 9, № 2. - P. 138-143.

300. Bernabé E Income, income inequality, dental caries and dental care levels: an ecological study in rich countries. / E Bernabé, A Sheiham, W Sabbah. Caries Research – 2009, - vol. 43, - 294 - 301.

301. Blinkhorn AS A cluster randomized controlled trial of the value of dental health educators in general health practice. / AS Blinkhorn, D Gratrix, PJ Holloway, YM Wainwright - Stringer, SJ Ward, HV Worthington. // Br Dent J - 2003 - vol. 195 – P. 395 - 400.

302. Blinkhorn, A.S. Caries prevention. A continued need worldwide / A.S. Blinkhorn, R.M. Davies // Int. Dent. J. - 2006. - Vol. 46, № 3. - P. 119-125.

303. Bocci, V. Studies on the biological effects of ozone: 5.Evalution of immunologycal parameters and tolerability in normal volunteers and receiving ambulatory autohaemotherapy / V. Bocci, E. Luzzi, F. Corradeschi // Biotherapy. - 2014. - № 7. - P. 83-90.

304. Borges-Yanez, S.A. Sugar substitutes in the prevention of dental caries; review of the literature / S.A. Borges-Yanez // Pract.Odontol. - 2011. - Vol. 2, № 3.- P. 59-65.

305. Bowen, W.H. Are current models for preventive programs sufficient for the needs of tomorrow? / W.H. Bowen // Adv. Dent. Res. - 2005. - Vol. 9, № 2. - P. 77-81.

306. Bowen, W.H. Residual effects of fluoride on a severe cariogenic challenge in rats / W.H. Bowen, S.K. Pearson // Caries Res. - 2004. - Vol. 28, № 4. - P. 246-250.

307. Bratthall, D. A study into the prevention of fissure caries using an antimicrobial varnish / R. Bratthall, R. Serinirach, S. Rapisuwon et al. // Int. Dent. J. - 2005. - Vol. 45, № 4. - P. 245-254.

308. Bratthall, D. Caries, views and perspectives / D. Bratthall // Scand.J.Dent.Res. - 2012. - Vol. 100, № 1. - P. 47-51.

309. Bratthall, D. Dental caries-interrupted-interpreted. Concluding remarks and cariography / D. Bratthall // Eur. J. Oral. Sci. - 2006. - Vol. l04, № 4 (Pt 2). - P. 486-491.

310. Bratthall, D. Reasons for the caries decline: what do the experts believe? / D. Bratthall, G. Hansel-Petersson, H. Sundberg // Eur.J.Oral.Sci. - 2006. - Vol. l04, № 4. - P. 416-425.

311. Bravo, M. A 24-month study comparing sealant and fluoride varnish in caries reduction on different permanent first molar surfaces / M. Bravo, P. Baca, J.C. Llodra et al. // J. Public. Health. Dent. - 2007. - Vol. 57, № 3. - P. 184-186.

312. Bravo, M. A 48-month survival analysis comparing sealant (Delton) with fluoride varnish (Duraphat) in 6- to 8-year-old children / M.Bravo, L. Garcia-Anllo, P. Baca et al. // Community. Dent. Oral. Epidemiol. - 2007. - Vol. - 25, № 3. - P. 247-250.

313. Bravo, M. Effectiveness of visible light fissure sealant (Delton) versus fluoride varnish (Duraphat): 24-month clinical trial / M. Bravo, J.C. Lllodra, P. Baca et al. // Community. Dent. Oral. Epidemiol. - 2006. - Vol.-24, № 1.-P.42-46.

314. Buhmann, A.G. Tooth protecting chewing gum tablets for lessening caries risk / A.G. Buhmann, C. Brosch, P. Riethe // Oralprophylaxe. - 2011. - Vol. 13, № 4. - P. 142-147.

315. Buttner, M. What physicians should currently observe in the area of dental health / M. Buttner // Gesundheitswesen. - 2005. - Vol. 57, № 11. - P. 741-743.

316. Carlsson, A. 2-year clinical performance of a fluoride-containing fissure sealant in young schoolchildren at caries risk / A. Carlsson, M. Petersson, S. Twetman // Am. J. Dent.-2012.-Vol.10, №3.-P.115-119.

317. Carpendale, M.T. Is there a role for medical ozone in the treatment of HIV and associated infections / M.T. Carpendale // Proceeding of Ozone World congress / Ozone in Medicine. - San Francisco.-2013.-P.l-45.

318. Carvalho J. C. Oral Health Determinants and Caries Outcome among Non - Privileged Children. / J. C. Carvalho, E. F. Silva, E. O. Vieira, A. Pollaris, A. Guillet, H. D. Mestrinho // Caries Res. – 2014 - vol. 48 – P. 515 - 523.

319. Carvalho, J.C. Results after 3 years of non-operative occlusal caries treatment of erupting permanent first molars / J.C. Carvalho, A. Thylstrup, K.R. Ekstrand // Community Dent. Oral. Epidemiol. - 2012. - Vol. 20. - P. 187-192.

320. Caryalho, J.C. Results after 1 year of non-operative occlusal caries treatment of erupting permanent first molars / J.C. Caryalho, K.R. Ekstrand, A. Thylstrup // Community Dent. Oral. Epidemiol. - 2011. - Vol. l9. - P. 23-28.

321. Cate, J.M. In situ Models, Pfysico-Chemical aspects / J.M. Cate // Adv. Dent. Res., 2014. - Vol. 8, № 2. - 125-133.

322. Chalmers JM. Minimal intervention dentistry: part 1. Strategies for addressing the new caries challenge in older patients. / JM. Chalmers // JCDA – 2006. - vol. 72. - P. 427 - 433.

323. Chalmers JM. Oral health promotion for our aging Australian population. / JM. Chalmers //Austr Dent J – 2003 - vol. 48, - P. 2 - 9.

324. Chalmers JM. Public health issues in geriatric dentistry in the United States. / JM Chalmers, RL. Ettinger //Dent Clin N Am. – 2008 - vol. 52 - P. 423 - 446.

325. Chestnutt, I.G. The prevalence and effectiveness of fissure sealants in Scottish adolescents (letter) / I.G. Chestnutt, F. Shcafer, A.P. Jacobson et al. // Br. Dent. J. - 2014. - Vol.177, №4. - P. 125-129.

326. Childers, K. Properties of practical oral liposome-Streptococcus mutans glucosyltransferase vaccines for effective induction of caries protect / K. Childers, S.S. Zhang, E. Harokopakis et al. // Oral Microbiol Immunol. - 2005. - Vol. 11, № 3. - P. 172-180.

327. Cirino, S.M. Dental caries in developing countries. Preventive restorative approaches treatment / S.M. Cirino, S. Scantlebury // N.Y.State. Dent. J. - 2008. - Vol. 64, № 2. - P. 32-39.

328. Clarkson, J. A European view of fluoride supplementation / J. Clarkson // Br. Dent. J. - 2012. - Vol. 172, № 9. - P. 357.

329. Clu D. The oral health of homeless adolescents and young adults and determinants of oral health: preliminary findings / D. Clu, P. Milgrom // Spec. Care Dentist. – 2008. – vol. 28 - №6. – P. 237 - 242.

330. Cohen, L.A. Community-based sealant programs in the United States: results of a survey / L.A. Cohen, A.M. Horowitz // J. Public. Health. Dent. - 2013. - Vol. 53, № 4. - P. 241-245.

331. Cooper RP. Mechanisms for the generation and regulation of sequential behaviour. / RP. Cooper // Philosophical Psychol - 2003 - vol. 16 – P. 389–416.

332. Corcho, I. Immune system changes in inflammatory process during ozone therapy applications / I. Corcho, F. Hernandez, N. Reyes // Proceeding of 2nd International Symposium on Ozone applications. - Havana. - 2007. - P. 12.

333. Croucher R, Sohanpal R: Improving access to dental care in East London's ethnic minority groups: community based, qualitative study. / R Croucher, R Sohanpal //Community Dental Health - 2006, - №23(2) – P. 95 - 100.

334. Das, S. Cariostatic effect of aspartame in rats / S. Das, A.K. Das, R.A. Murphy et al. // Caries Res. – 2007. - Vol. 31, № l. - P. 78-83.

335. Davies, R.M. The role of fluoride dentifrices in a national strategy for the oral health of children (see comments) / R.M. Davies, P.J. Holloway, R.P. Elwood // Br. Dent. J. - 2005. - Vol. l79, № 3. - P. 84-87.

336. De Jongh A. Clinical management of dental anxiety: what works for whom?/ A De Jongh, P Adair, M Meijerink - Anderson // *International Dental Journal*. – 2005 - vol. 55(2) - P. 73 - 80.

337. Delafons, G.S. Ozone therapy of caries prevention / G.S. Delafons // Proceeding of the IX World Congress. - New-York, 2010. - Vol. 3. - P. 16-22.

338. Diez, C. The results of caries prevention in kindergartens / C. Diez, G. Schwarzburg, E. Glockmann // Dtsch. Zahn. Mund. Kieferheilkd. Zentralbl. – 2009. - Vol. 80, № 7-8. - P. 419-421.

339. Dijksterhuis A, Nordgren LF. A theory of unconscious thought. / A Dijksterhuis, LF Nordgren. // Perspec. Psychol. Sci. - 2006. - №1 - P. 95 - 109.

340. Downer, M.C. The status of bite-wing radiographs in enhancing discriminatory ability in caries prophylactic clinical trials / M.C. Downer, K.Y. Worthington // Caries Res. - 2012. - Vol. 26, № 3. P. 195-200.

341. Driscoll, W.S. A comparison of the caries-preventive effects of fluoride mouth rinsing, fluoride tablets, and both procedures combined: final results after eight years / W.S. Driscoll, R. Nowjack-Raymer, R.H. Selwitz et al. // J. Public. Health. Dent. - 2009. - Vol. 52, № 2. - P. 111-116.

342. Duckworth, R.M. Oral fluoride measurements for estimation of the anti-caries efficacy of fluoride treatments / R.M. Duckworth, S.N. Morgan, R.J. Gilbert // J. Dent. Res. - 2012. - Vol. 71, Spec. No. - P. 836-840.

343. Duckworth, R.M. Oral fluoride retention after use of fluoride dentifrices / R.M. Duckworth, S.N. Morgan // Caries Res. - 2011. - Vol. - 25. - P. 123-129.

344. Dunipace, A.J. An in vitro model for studying the efficacy of fluoride dentifrices in preventing root caries / A.J. Dunipace, W. Zhang, A.J. Beiswanger // Caries. Res. - 2014. - Vol. 28, № 5. - P. 315-321.

345. Eberhardt, H.G. The pharmakocinetic profile of oxygen-ozone therapy / H.G. Eberhardt // Proceeding of 2nd International Symposium on Ozone applications. - Havana. - 2007. - P. 20-21.

346. Echeverria, J.J. How to integrate prevention into a successful practice / J.J. Echeverria // Int. Dent. J. - 2014. - Vol. 44, № 4. - P. 312-316.

347. Edgar, W.M. Saliva stimulation and caries prevention / W.M. Edgar, S.M. Higham, R.H. Manning // Adv. Dent. Res. - 2014. - Vol. 8, № 2. - P. 239-245.

348. Edhag, G. Quality assurance in prevention / G. Edhag // Adv. Dent. Res. - 2005. - Vol. 9, № 2. – P. 89-90.

349. Ekstrand, K.Restorative caries treatment patterns in Danish 20-year-old males in 1986 and 1991 / K. Ekstrand, J.C. Carvalho, A. Thylstrup // Community Dent. Oral. Epidemiol. - 2014. - Vol. - P. 77-79.

350. Elderton, R.J. Treating restorative dentistry to health / R.J. Elderton // Br. Dent. J. - 2006.-Vol. 181, № 6. - P. 220-225.

351. Epstein J. B. Oral lesions in patients participating in an oral examination screening at an urban dental school. / J. B. Epstein, D. Wilines et all // J. A. Dental Assoc. – 2008. – vol. 139 - №10. – p. 1338 - 1344.

352. Ettinger RL Rational dental care: Part 1. Has the concept changed in 20 years? / RLEttinger //*Journal of the Canadian Dental Association* - 2006, - vol. 72(5) - P. 441 - 445.

353. Fukuda H. Oral health status among low - income people admitted to Osaka Socio - Medical Center in Japan / H. Fukuda, K. Kuroda et all //Int. Dent. J. –2009. – vol. 59 - №2. – p. 96 - 102.

354. Gallagher JE Special care dentistry: a professional challenge. / JE Gallagher, J. Fiske //*British Dental Journal* - 2007, - vol. (202) - P. 619 - 209.

355. Gilmore D. A comparison of the impact of information from a clinician and research - based information on patient treatment choice in dentistry. / D Gilmore, P Sturmey, JT Newton. //J Public Health Dent – 2006 - vol. 66 – P. 242 - 247.

356. Glady, G. Diverse pathology treated in medical ozone clinic / G. Glady // Proceeding of Ozone World Congress "Ozone in Medicine". - San Francisco, 2013. - P. M-3-l-M-3-4.

357. Glass, R.L.A clinical trial of two fluoride dentifrices in an area of low caries prevalence / R.L. Glass, M.N Naylor // Community. Dent. Health. - 2007. - Vol. 14, № 2. - P. 74-78.

358. Green, J.C. The simplified oral hygiena index / J.C. Green, J.K. Vermillion // J. Amer. Dent. Ass. - 1964. - Vol. 68, № l. - P.7-13.

359. Guggenheim, B. Caries and plaque inhibition in rats by five topically applied dentifrices / B. Guggenheim, F. Lutz, R. Schmid // Eur. J. Oral. Sci. - 2007. - Vol. 105, № 3. - P. 258-263.

360. Gyurkovics, C. Effect of fluoridated milk on caries: 10-year results / C. Gyurkovics, P. Zimmermann, E. Hadas et al. // J. Clin. Dent. - 2012. - Vol. 3, № 4. - P. 121-124.

361. Halvari AEM Motivational predictors of change in oral health: An experimental test of Self - Determination Theory. / AEM Halvari, H. Halvari // Motivation Emotion. - 2006. - vol. 30 – P. 294 - 305.

362. Hangejorden O. Socio - economic inequality in the self - reported number of natural teeth among Norwegian adults – an analytical study. / O. Hangjorden, K. S. Klock et all // Community Dent. Oral Epidemiol. – 2008. – vol. 36 - №3. – P. 269 - 278.

363. Hargreaves, J.A. The level and timing of systemic exposure to fluoride with respect to caries resistance / J.A. Hargreaves // J. Dent. Res. - 2002. - Vol. 71, № 5. - P. 1244-1248.

364. Heft MW Relationship of dental status, socio - demographic status, and oral symptoms to perceived need for dental care. / MW Heft, GH Gilbert, BJ Shelton, RP Duncan. // Community Dent Oral Epidemiol. - 2003 - vol. 31(5) - P. 351 - 60.

365. Holland, T.J. Evaluation of a fortnightly school-based sodium mouth rinse 4 years following its cessation / T.J. Holland, H. Whelton, D.M. O'Mullaneet al. // Caries Res. - 2005. - Vol. 29, № 6. - P. 431-434.

366. Holloway, P.J. Cost: benefit of prevention in practice / P.J. Holloway, J.E. Clarkson // Int. Dent. J. - 2014. - Vol. 44, № 4. - P. 317-322.

367. Holloway, P.J. Joyston-Bechal S. How should we use dietary fluoride supplements? (see comments) / P.J. Holloway, S. Joyston-Bechal // Br. Dent. J. - 2014. - Vol. 177, № 9. - P. 318-320.

368. Holst, A. Identification of caries risk children and prevention of caries in pre-school children / A. Holst, L. Martensson, M. Laurin // Swed. Dent. J. - 2009. - Vol. 21, № 5. - P. 185-191.

369. Holtta, P. Effeet of supervised use of a fluoride toothpaste on caries incidence in pre-school children / P. Holtta, S. Alaluusua // Int. J. Paediatr. Dent. - 2010. - Vol. 2, № 3. - R. 145-149.

370. Hugoson A Effect of three different dental health preventive programmes on young adult individuals: a randomized, blinded, parallel group, controlled evaluation of oral hygiene behavior on plaque and gingivitis. / A Hugoson, D Lundgren, B Asklöw et al. //Periodont. - 2007. - vol. 34 - P. 407 - 415.

371. Imfeld, T. Efficacy of sweeteners and sugar substitutes in caries prevention / T. Imfeld // Caries Res. - 2013. - Vol. 27, № 1. - P. 50-55.

372. Ismail, A.I. A longitudinal evaluation of fissure sealant applied in dental practices / A.I. Ismail, P. Gagnon // J. Dent. Res. - 2005. - Vol. 74, № 9. - P. 1583-1590.

373. Ivanova, K. Caries reduction by milk fluoridation in Bulgaria / K. Ivanova, G.N. Pakhomov, I.J. Moeller et al. // Adv. Dent. Res. - 2005. - Vol. 9, № 2. - P. 120-121.

374. Jimenez M. Racial ethnic variations in associations between socio economic factors and tooth loss / M. Jimenez, T. Dietrich, M. C. Shin // Community Dent. Oral Epidemiol. – 2009. – vol. 37, - №3. – p. 267 - 275.

375. Jones M. Oral health literacy among patients seeking dental care. / M Jones, JY Lee, RG Rozier. //JADA - 2007 – vol. 138 - P. 1199 - 1208.

376. Kiyak AHA Barriers to and enables of older adults' use of dental services. / AHA Kiyak, M Reichmuth // J Dent Educ – 2005 - vol. 69 - P 975 - 986.

377. Kvale G Dental fear in adults: a meta - analysis of behavioral interventions. / G Kvale, U Berggren, P Milgrom //*Community Dentistry and Oral Epidemiology* - 2004, - vol. 32**(**4)- P 250 - 264.

378. Lawrence H. P. Oral - health related quality of life in a birth cohort of 32 - year olds / H. P. Lawrence, W. M. Thompson, J. M. Broadbent, R. Poulton // Community Dent. Oral Epidemiol. – 2008. – vol. 36 - №4. – P. 305 - 316.

379. Lea J. Crime as governance: reorienting criminology. 2005 URL: http://www. bunker8. pwp. blueyonder. co. uk/misc/crimgov. htm (Дата обращения 01. 11. 2013г.).

380. Llodra, J.C. Factors influencing the effectiveness of sealant-a meta-analysis / J.C. Llodra, M. Bravo, R.M. Delgado // Community Dent. Oral Epidemiol. - 2013. - Vol. l, № 5. - P. 261-268.

381. Lukinych, L. The use of ozone for the intensification and optimization of oral hygiene / L. Lukinych, S. Kosjuga // Proceeding of 2nd International Symposium on Ozone applications. - Havana. - 2007. - P. 68-69.

382. Lundgren J Relaxation versus cognitive therapies for dental fear – A psychophysiological approach. / J Lundgren, SG Carlsson, UBerggren // *Health Psychology* - 2006 - vol. 25(3) – P. 267 - 273.

383. Lussi, A. Validity of diagnostic and treatment decisions of fissure caries / A. Lussi // Caries Res. - 2011. - Vol. 25, № 4. - P. 296-303.

384. Makinen, K.K. Polyol chewing gums and caries in primary dentition: a 24-month cohort study / K.K. Makinen, P.P. Hujoel, C.A. Bennett et al. // Caries Res. - 2006. - Vol. 30, № 6. - P. 408-417.

385. Makinen, K.K. A dietary procedure for preventing dental caries in young adults / K.K. Makinen // J. Am. Coll. Health. - 2009. - Vol. 41, № 4. - P. 172-180.

386. Makinen, K.K. Conclusion and review of the Michigan Xylitol Programme (1986-1995) for the prevention of dental caries / K.K. Makinen, P.L. Makinen, H.R. Pape et al. // Int. Dent. J. - 2006. - Vol. 46, № l. -P. 22-34.

387. Mandel, I.D. Caries prevention: current strategies, new directions / I.D. Mandel // J. Am. Dent. Assoc. - 2006. - Vol. 127, № 10. - P. 1477-1488.

388. Manji, F. An epidemiological approach to dental caries / F. Manji, O. Fejerskov // Textbook of clinical cariology. - Copenhagen. - 2014. - P. 159-177.

389. Moriyama C. M. Effectiveness of Fluorescence - Based Methods to Detect in situ Demineralization and Remineralization on Smooth Surfaces. / C. M. Moriyama, J. A. Rodrigues, A. Lussi, M. B. Diniz // Caries Res. - 2014; - vol. 48 – P. 507 - 514.

390. Moynihan PJ. The role of diet and nutrition in the etiology and prevention of oral diseases. / PJ Moynihan // Bulletin of theWorld Health Organization - 2005 - vol. 83 – P. 694 - 699.

391. Mundt T. Risk - indicators for missing teeth in working age Pomeranians and evaluation of high - risk populations. / T. Mundt, C. Schwahn et all //J. Public Health Dent. – 2007. – vol. 67 - №4. – p. 243 - 249.

392. Mundt T. Socioeconomic indicators and prosthetic replacement of missing teeth in a working age population – results of the study of Health in Pomerania (SHIP) / T. Mundt, I. Polzer et all // Community Dent. OralEpidemiol. – 2009. – vol. 37 - №2. – p. 104 - 115.

393. *NHS Primary Care Dental Services: Implementation of local commissioning*. London: Department of Health; 2005.

394. Okuno, M. A cohort study on dental caries in infants / M. Okuno, T. Kani, H. Shimizu // Japanese Journal of Public Health. - 2014. - Vol. 41, № 7. - P. 625-628.

395. Pakhomov, G.N. Dental caries-reducing effects of a milk fluoridation project in Bulgaria / G.N. Pakhomov, K. Ivanova, I.J. Moller et al. // J. Public. Health. Dent. - 2005. - Vol. 55. - P. 234-237.

396. Pakhomov, G.N. Effect of an amine fluoride dentifrice on dental caries used in a community-based oral health education program / G.N. Pakhomov, I.J. Moller, N.P. Atanassov et al. // J. Public. Health. Dent. - 2007. - Vol. 57, № 3. - P. 181-183.

397. Pashayev A. C. An Investigation into the Prevalence of Dental Caries and its Treatment Among the Adult Population With Low Socio - Economic Status in Baku, Azerbaijan / C. A. Pashayev, U F. Mammadov, S. T. Huseinova. // Oral health and dental management. - 2011. - Vol. 10 - No. 1 - P. 7 - 12.

398. Peretyagyn, S. Ozone influence variability of staphylococcus properties in vitro and in vivo / S. Peretyagyn, N. Kontorshikova, E. Malysheva // 8th International Symposium on staphylococcus infections. - France. - 2006. - P. 199.

399. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries – international perspectives. / PE. Petersen // Community Dent Oral Epidemiol. – 2005 - Vol. 33: - P. 274–279.

400. Petersson, L.G. Caries-preventive effect of dentifrices containing various types and concentrations of fluorides and sugar alcohols / L.G. Petersson, D. Birkhed, A. Gleerup et al. // Caries Res. - 2011. - Vol. 25, № l. - P. 74-79.

401. Pūriene A Private or public dental care? Patients' perceptions and experience in Lithuania. / A Pūriene, J Petrauskiene, I Balciuniene, V Janulyte, J Kutkauskiene, M Musteikyte. // Medicina. - 2008 - Vol. 44 - P. 805 - 811.

402. Rosalen, P.L. Influence of fluoride co-crystallized with sugar on caries development in desalivated rats / P.L. Rosalen, W.H. Bowen, S.K. Pearson // Arch. Oral. Biol. - 2007. - Vol. 42, № 4. - P. 317-322.

403. Rosin-Grget K. Anticaries effect of different amine fluoride concentrations in schoolchildren / K. Rosin-Grget, I. Lincir // Caries Res. - 2005. - Vol. 29, № 3. - P. 168-171.

404. Sakalauskienė Ž . Testing of the questionnaire on dental care satisfaction in a sample of adult patients visiting dental clinics at Faculty of Odontology, Kaunas University of Medicine. A Pilot study Stomatologija / Ž. Sakalauskienė, V. Mačiulskienė, A. Šertvytytė. // Baltic Dental and Maxillofacial Journal, - 2005. - № 7 – P. 84 – 9.

405. Sakalauskiene Z Characteristics of dental attendance among Lithuanian middle - aged university employees. / Z Sakalauskiene, V Machiulskiene, MM Vehkakahti, R Kubilius, H. Murtomaa // Medicina – 2009 - Vol. 45 - P. 312 - 319.

406. Sandberg, H. Медицинские и экономические аспекты программы профилактики заболеваний полости рта в Швеции / H. Sandberg // Новое в стоматологии. - 2014. - № 3. - С. 6-12.

407. Seppa, L. Effect of intensified caries prevention on approximal caries in adolescents with high caries risk / L. Seppa, H. Hausen, L. Pollanen et al. // Caries Res. - 2011. - Vol. 25, № 5. - P. 392-395.

408. Seppa, L. Fluoride varnish versus acidulated phosphate fluoride gel: a 3-year clinical trial / L. Seppa, T. Leppanen, H. Hausen // Caries Res. - 2005. - Vol. 29, № 5. - P. 327-330.

409. Stephen, K.W. The value of anti-caries and anti-plaque dentifrices at a community level / K.W. Stephen // Adv. Dent. Res. - 2005. - Vol. 9, № 2. - P. 127-128.

410. Szczurek, D. Evaluating the efficacy of selected programs for prophylaxis of caries and periodontal diseases in school children with special reference to guidelines for oral cavity hygiene / D. Szczurek // Ann. Acad. Med. Stetin. - 2006. - Vol. 42. - P. 223-224.

411. Verbakel NJ Measuring safety culture in Dutch primary care: psychometric characteristics of the SCOPE - PC questionnaire. / NJ Verbakel, DL Zwart, M Langelaan, TJ Verheij, C Wagner // BMC Health Serv Res – 2013 - Vol. 13 - P. 354 - 359.

412. Vermaire J. H. Three - Year Randomized Controlled Trial in 6 - Year - Old Children on Caries - Preventive Strategies in a General Dental Practice in the Netherlands. / J. H. Vermaire, J. H. G. Poorterman, L. van Herwijnen, C. A van Loveren // Caries Res. – 2014 - Vol. 48 - P. 524 - 533.

413. Waldman H. B. Oral health status of New Yorkers. / H. B. Waldman // N. Y. State Dent. J. – 2008. – vol. 74, - №1. – p. 54 - 55.

414. Whelton H, O'Mulaine DM. Public health aspects of oral diseases and disorders - dental caries. In: Pine C and Harris R (eds). / H Whelton, DM. O'Mulaine // Community Oral Health. Quintessence Publishing Co. Ltd. - 2007, - P 165 - 176.

415. William, P. Immunologist / P. William // 2007. - Vol.5, №6.-197-201.

Приложение 1

СРОКИ
службы и гарантийные сроки на виды работ при оказании стоматологической помощи по терапевтической стоматологии

№№	Наименование	Срок гарантии	Срок службы
1.	Постановка пломб, эстетическая реставрация		
1.1	Пломба из цемента (силикатного, силикофосфатного)		
1.1.1.	I класс по Блэку	1,5 месяца	3 месяца
1.1.2.	II класс по Блэку	0,5 месяца	1 месяц
1.1.3.	III класс по Блэку	1.5 месяца	1 месяц
1.1.4.	IV класс по Блэку	нет	Нет
1.1.5.	V класс по Блэку	1,5 месяца	3 месяца
1.2.	Пломбы из пластмассы (акрилоксид, карбодент)		
1.2.1.	I класс по Блэку	3 месяца	6 месяцев
1.2.2.	II класс по Блэку	1.5 месяца	3 месяца
1.2.3.	III класс по Блэку	3 месяца	6 месяцев
1.2.4.	IV класс по Блэку	3 месяца	6 месяцев
1.2.5.	V класс по Блэку	3 месяца	6 месяцев
1.3	Пломба металлосодержания		
1.3.1.	I класс по Блэку	1 год	2 года
1.3.2.	II класс по Блэку	9 месяцев	1,5 года
1.3.3.	III класс по Блэку	1 год	2 года
1.3.4.	IV класс по Блэку	1 год	2 года
1.3.5.	V класс по Блэку	1 год	2 года
1.4.	Пломба из химического композита (жидкость – порошок)		
1.4.1.	I класс по Блэку	6 месяцев	9 месяцев
1.4.2.	II класс по Блэку	6 месяцев	9 месяцев
1.4.3.	III класс по Блэку	6 месяцев	9 месяцев
1.4.4.	IV класс по Блэку	6 месяцев	9 месяцев
1.4.5.	V класс по Блэку	6 месяцев	9 месяцев

1.4.6.	Пломба с парапульпарными штифтами	6 месяцев	1 год
1.5.	Пломба из химического композита (паста – паста)		
1.5.1.	I, II, III, IV, V классы по Блэку	6 месяцев	1 год
1.5.2.	Пломба с парапульпарными штифтами	6 месяцев	1,5 года
1.6.	Пломба из композита светового отверждения		
1.6.1.	I класс по Блэку	1 год	2 года
1.6.2.	II класс по Блэку	9 месяцев	1,5 года
1.6.3.	III, IV, V классы по Блэку		
1.6.4.	Пломба с парапульпарными штифтами	1 год	2 года
1.7.	Виниры	9 месяцев	1,5 года
1.8.	Вкладки	1 год	2 года

Примечание: 1. Данные сроки рекомендованы для пациентов с единичным кариесом и множественным стабилизированным или при медленно текущем процессе.
При КПУ зубов 13-18 сроки снижаются на 30 %.
При КПУ > 18 – сроки снижаются на 50%.
2. При неудовлетворительной гигиене полости рта сроки уменьшаются на 70%.

Приложение 2

СРОКИ

службы и гарантийные сроки на виды работ при оказании стоматологической помощи по ортопедической стоматологии и дентальной имплантологии

№№	Наименование	Срок гарантии	Срок службы
2.1.	Вкладки:		
2.1.1.	Из металла	1 год	2 года
2.1.2.	Из металлокерамики	1 год	2 года
2.1.3.	Из фарфора	1 год	2 года
2.1.4.	Из пластмассы	6 месяцев	1 год
2.2.	Виниры	9 месяцев	1,5 года
2.3.	Коронки:		
2.3.1.	Из пластмассы	9 месяцев	1 год
2.3.2.	Из металлокерамики	1 год	2 года
2.3.3.	Из фарфора	1 год	1,5 года
2.3.4.	Из композитного материала	9 месяцев	1,5 года
2.4.	Штампованные коронки:		
2.4.1.	Из стали	1 год	2 года
2.4.2.	Из серебряно-палладиевого сплава	1 год	1 год
2.4.3.	Из золота	1 год	1,5 года
2.5.	Штампованные коронки с пластмассовой облицовкой:		
2.5.1.	Из стали	6 месяцев	1 год
2.5.2.	Из серебряно-палладиевого сплава	6 месяцев	1 год
2.5.3.	Из золота	6 месяцев	1 год
2.6.	Коронки цельнолитые:		
2.6.1.	Из КХС	1 год	2 года
2.6.2	Из серебряно-палладиевого сплава	1 год	2 года
2.6.3	Из золота	1 год	1 год
2.7.	Коронки цельнолитые с	6 месяцев	1 год

	облицовкой		
2.8.	Адгезивные протезы	1 год	1 год
2.9.	Мостовидные протезы		
2.9.1.	Паянные:		
2.9.1.	Из стали	1 год	2 года
2.9.1.	Из серебряно-палладиевого сплава	1 год	2 года
2.9.1.3.	Из золота	1 год	2 года
2.9.2.	Цельнолитые:	1 год	
2.9.2.1.	Из КХС	1 год	2 года
2.9.2.2.	Из серебряно-палладиевого сплава	1 год	2 года
2.9.2.3.	Из золота	1 год	2 года
2.9.3.	Цельнолитые с облицовкой: Из пластмассы		
2.9.3.1.	Из композиционного материала	6 месяцев	1 год
2.9.4.	Мостовидные протезы из металлокерамики	1 год	2 года
2.10.	Бюгельные протезы	1 год	2 года
2.11.	Частичные съемные пластиночные протезы	1 год	2 года
2.12.	Полные съемные пластиночные протезы	1 год	2 года
2.13.	Напыление	3 месяца	6 месяцев

Примечание:

1. При неудовлетворительной гигиене полости рта сроки гарантии и службы на все ее виды протезирования уменьшаются на 50%.
2. При нарушении графиков профилактических осмотров, предусмотренных планом лечения, гарантия аннулируется.
3. При протезировании на имплантатах сроки гарантии и службы определяются в соответствии с конструкцией протеза.

Приложение 3

АНКЕТА
по оценке контроля качества стоматологического лечения и зубопротезирования в стоматологической поликлинике

1. **Ваш пол** (М, Ж)_____
2. Ваш возраст_____
3. Как вы оцениваете уровень оказания стоматологической помощи в нашей поликлинике?_____
4. Как вы оцениваете отдаленные результаты лечения зубов?___ _____
Протезирования зубов?_____
5. Имелись ли у вас случаи обращений по поводу дефектов ранее наложенных пломб или поломок ранее изготовленных в нашей поликлинике зубных протезов? **ДА** **НЕТ** (подчеркнуть)
6. Если **ДА**, то какие сроки от момента лечения это произошло?_____
7. Как вы оцениваете косметические стороны изготовленных Вам зубных протезов, пломб?_____
8. Полностью ли они устраивают Вас в функциональном отношении?
ДА **НЕТ** (подчеркнуть)
9. Если **НЕТ**, то почему?_____
10. Сколько времени Вы тратите на каждый визит к врачу?_____

	Часов	Минут
На запись		
На ожидание лечения		
На самолечение		
ВСЕГО		

11. Имеется ли возможность осуществлять запись на лечение по телефону?
ДА **НЕТ** (подчеркнуть)
12. Какие у Вас имеются пожелания по совершенствованию работы нашей поликлиники (укажите по возможности наиболее подробно)_____
_____

Дата заполнения анкеты_____Подпись_____

Благодарим за участие в анкетировании! Ваши ответы будут использованы только в целях улучшения качества и доступности стоматологической помощи населению.

Приложение 4

АНКЕТА (для врачей-стоматологов)

1.Ф.И.О._____

2. Пол_____

3. Возраст_____

4. Образование, (название вуза, интернатура, ординатура, аспирантура)

5. Ученая степень (есть, нет)_____

6. Место работы_____

7. Должность_____

8. Стаж работы_____

9. Когда в последние раз проходили курсы повышения квалификации, профессиональной переподготовки, тематические, сертификационные циклы обучения (название вуза, кафедры, цикла обучения)_____

10. Какие дентальные имплантаты используете в работе (винтовые, пластинчатые, с памятью формы, отечественного, импортного производства, название фирмы)_____

11. Какие виды рентгенологического исследования используете (прицельная близкофокусная рентгенография, обзорная рентгенография, компьютерная томография, телерентгенография)_____

12. Всегда проводите рентгенологическое исследование до операции, на этапе операции, после операции_____

13. Наиболее частые осложнения хирургического этапа дентальной имплантации, возникавшие в Вашей практике (кровотечение, травма нижнего альвеолярного нерва, перфорация гайморовой пазухи, дна полости носа)_____

14. Наиболее частые осложнения в послеоперационном периоде, возникавшие в Вашей практике (гайморит, неврит нижнего альвеолярного нерва, периимплантит, гипо- и парестезия кожи лица)_____

15. Общее количество установленных имплантатов_____

16. Учитываете ли Вы особенности анатомического строения и топографии ЧЛО при планировании дентальной имплантации?

А) Всегда

Б) Иногда

В) Не учитываю

17. Ментальное отверстие чаще всего располагается:

А) В области верхушек корней первого и второго премоляра

Б) В районе верхушки корня клыка

В) В области верхушек корней первого моляра

Г) В области верхушек корней второго моляра

Д) Затрудняюсь ответить

18. Какие приборы Вы используете для электрофизиологических исследований?

А) Отечественные (типа ЭОМ-1, 5 и т.п.)

Б) Импортные дигги-тестеры

В) Не использую.

19. Укажите пороговые значения электровозбудимости пульпы интактных зубов норме:

А) 2-6 мкА

Б) 3-9 мкА

В) 6-12 мкА

Г) 0,2-2 мкА

Д) Затрудняюсь ответить

20. Укажите пороговые значения электровозбудимости кожи лица в норме:

А) 12-16 мкА

Б) 25-35 мкА

В) 40-50 мкА

Г) 100 мкА

Д) Затрудняюсь ответить

Приложение 5

КАРТА

Экспертной оценки качества медицинской помощи и экспертизы временной нетрудоспособности в амбулаторно-поликлиническом учреждении

Отделение_____

Ф.И.О. лечащего врача_____

Ф.И.О. больного_____

Адрес больного_____

Место работы, должность_____

Диагноз_____

Полнота и своевременность обследования_____

Обоснованность и правильность формулирования диагноза_____

Правильность проведения экспертизы нетрудоспособности_____

Качество ведения медицинской карты_____

Регистрация, обоснование, классификация ВО_____

Степень достижения результатов оказания медицинской помощи_____

Заключение заведующего отделением_____

Заключение заместителя главного врача_____

Дата_____

Оформляется «Акт экспертного качества медицинской помощи в структурном подразделении»

Приложение 6

АКТ

экспертного контроля качества медицинской помощи

в структурном подразделении

Всего проведено случаев оказания медицинской помощи_____

Из них признано дефектными_____

Причины дефектов по рангам тяжести врачебных ошибок_____

Председатель КЭК

Члены КЭК

Дата

Приложение 7

Карта экспертной оценки качества амбулаторно-поликлинической помощи

1.Наименование ЛПУ_____ 4. Врач- эксперт_____
2. Вид проверки_____ 5. Общее количество затребованных медицинских карт
3. Дата проверки_____ 6. Представлено медицинских карт_____

Для лабораторных и инструментальных исследований



Приложение 8

Таблица экспертной оценки качества амбулаторно-поликлинической стоматологической помощи

№	Код врача	Код по МКБ 10	Ф.И.О.	Сбор информации и исследования														
				Жалобы		Анам-нез		Физикальные данные		План обслед	Лабораторные			Инстументальные			Консультации	
				нет	не верн.	нет	не полн.	нет	не полн.	нет	по выбору	по проведен.	по времени	по выбору	по проведен	по времени	нет	не своевременн
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Постановка диагноза			**Лечение**			**Качество ведения медицинской документации**	**Полнота и своевременность диспансерных мероприятий**	**Преемственность**		
Неверный			**Неверное**							
По содержанию	**По рубрификации**	**По времени**	**По выбору**	**По применению**	**По времени**	**1. небрежная документация 2. нет динам. Заболев. 3. не заполняется лист уточненного диагноза**		**Не обоснованность направления на госпитализацию**	**Не обоснованное дальнейшее пребывание**	**Нет рекомендаций при выписке**
20	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**29**	**30**